

Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra
Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)



Innhold

1. SAMMENDRAG OG ANBEFALINGER	4
2. INNLEDNING	7
2.1 Bakgrunn for KSF	8
2.1.1 HO21-prosessen	9
2.1.2 Kunnskapsløft for kommunene	9
2.2 Forståelse og avgrensning av oppdraget	10
2.3 Arbeidsform	10
2.4 KSFs sammensetning	11
3. KUNNSKAPSSTATUS INNEN HELSE- OG OMSORGSFELTET I NORGE: BESKRIVELSE AV FORSKNINGSBEHOV OG OMTALE AV EKSISTERENDE FORSKNING	13
3.1 Beskrivelse av helse- og omsorgsfeltet i kommunene	14
3.2 Forskningsbehov	15
3.2.1 Forskningsbehov i helse og omsorgstjenester («omsorgstjenester»)	15
3.2.2 Legebaserte primærhelsetjenester (fastlegeordningen mv.)	16
3.2.3 Forskningsbehov innen tjenester, svangerskaps- og barselomsorg, (re)habilitering	19
3.2.4 Forskningsbehov innen tannhelse	20
3.2.5 Forskningsbehov innen tverrfaglige tjenester	20
3.3 Eksisterende forskningsressurser	21
3.3.1 Forskningsressurser for helse- og omsorgstjenester	21
3.3.3 Forskningsressurser for legebasert primærhelsetjeneste	22
3.3.4 Forskningsressurser for tannhelse	23
3.3.5 Forskningsressurser for tverrfaglige tjenester	23
3.4 Anbefalinger	24
4. DAGENS KUNNSKAPSSYSTEM	26
4.1 Dagens kommunale system for forskning	27
4.2 Regionale strukturer	27
4.2.1 Kommunene	27
4.2.2 Regionale forskningsfond	28
4.2.3 Nasjonale strukturer	29
4.2.4 Folkehelseprofiler for fylker, kommuner og bydeler	29
4.2.5 Kunnskapsoppsummeringer i og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene	30
4.2.6 Resultater av dagens system	30
4.3 System for forskning i spesialisthelsetjenestene	34
5. FORSLAG TIL STRUKTUR FOR KUNNSKAPSLØFTET I KOMMUNENE	38
5.1 KSFs forslag til en modell for kunnskapsløft for kommunene	38
5.1.2 Regionale samarbeidsorgan	41
5.1.3 Antallet regionale samarbeidsorgan	43
5.1.4 Nasjonalt nivå	44
5.1.5 Utdanning og innovasjon i kunnskapssystemet	45
5.1.6 Relasjonen til mandatet til NOU om prioritering i kommunale helse og omsorgstjenester	46
5.1.7 Anbefalinger	48

6. FINANSIERINGSORDNINGER FOR KUNNSKAPSLØFTET I KOMMUNENE	51
6.1 Dagens finansiering og modell av forskning og innovasjon i kommunene	51
6.1.1 Finansiering og finansieringskilder av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene	51
6.1.2 Øremerkede midler rettet mot forskning- og utviklingsarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	53
6.1.3 Type forskning som finansieres og kriterier for tildeling	54
6.2 Til sammenlikning: Dagens finansiering og modell for forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten	56
6.2.1 Finansiering og finansieringskilder for helse-relatert forskning i spesialisthelsetjenesten	56
6.2.2 Type forskning som finansieres og kriterier for tildeling	56
6.3 Forslag til finansieringsmodell for kunnskapsløft for helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor	57
6.3.1 Ambisjonsnivå	57
6.3.2 Finansieringskilder	59
6.3.3 Finansiering av foreslått struktur for kunnskapsløft i kommunene	60
6.4 Anbefalinger	61
7. STIMULERING TIL INTERNASJONALT FORSKNINGSSAMARBEID	63
Vedlegg 1: Infrastrukturer for forskning i kommunale helse og omsorgstjenester	65
V 1.1.1 Nasjonal forskerskole i allmenntidmedisin (NAFALM)	65
V 1.1.2 Forskerskolen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (MUNI-HEALTH-CARE)	65
V 1.1.3 EPINOR (National research school in population based epidemiology).	66
V 1.1.4 FYSIOPRIM – et forskningsprogram for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten	66
V 1.1.5 Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten (PraksisNett)	67
V 1.1.6 Helseundersøkelser og helseregistre	68
Vedlegg 2: E-helse og digitalisering av helse og omsorg	69
Vedlegg 3: Omtale av Helsedirektoratet – innspill til sluttrapport fra KSF	71
Vedlegg 4: Eksempel fra Helse Vest RHF	73
Vedlegg 5: Avlagte doktorgrader og antall vitenskapelige artikler, 2006-2017	75

1. Sammendrag og anbefalinger



Et kunnskapsløft for kommunene er en av fem hovedprioriteringer for HelseOmsorg21-strategien. Strategien slår bl.a. fast at vi må ha effektive og behovstilpassede tjenester for at flest mulig er friske lengst mulig – og at dette krever økt satsning på forskning, innovasjon og utdanning i kommunesektoren. Videre slås det fast at det må avsettes betydelige midler og utvikles et system mellom forsknings- og utdanningsinstitusjoner og kommunene, som sikrer forskning av høy kvalitet. Forskningen må være relevant for kommunenes ansvarsområder innenfor forebygging, helse og velferd.

I denne rapporten foreslår Kommunenes Strategiske forskningsorgan (KSF) en fremtidig struktur og mulig finansieringsmodell for forskning i kommunale helse- og omsorgstjenester. Etter avklaringer med oppdragsgiver har KSF i sin interimperiode særlig avgrenset sitt arbeid til å vurdere hensiktsmessig struktur for forskning. Med forskning forstås her systematisk undersøkelse av et forskningsspørsmål ved hjelp av anerkjente forskningsmetoder som gir mulighet til publisering i fagfelleverderte vitenskapelige publiseringskanaler.

KSF vurderer at det kunnskapssystemet vi foreslår for helse- og omsorgsfeltet på sikt vil kunne fungere godt for en bredde av oppgaver, herunder også innovasjon og utdanning.

KSF har av kapasitetsmessige årsaker valgt ikke å beskrive framtidig regulering, organisering og finansiering av praksisutplassering og utdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ettersom dette er under utarbeidelse i Kunnskapsdepartementet (regjeringens oppfølging av HO21-strategien og RETHOS-prosessen).

Det er en grunnleggende forutsetning for å utvikle kunnskapsbaserte tjenester at forskningsbehovene defineres og bygger på innbyggernes og tjenesteutøvernes erfaringer, dvs. i

hovedsak i kommunene selv. Ikke alle kommuner vil kunne drive forskning, men alle kommuner kan tilrettelegge for og samarbeide om forskning og medvirke til å definere behov for ny kunnskap og forskning. Alle kommuner må forutsettes å ta del i implementering av ny kunnskap i de aktuelle tjenestene. Forskningen må gjennomføres i tett samarbeid mellom kommunene og etablerte forsknings- og utdanningsinstitusjoner, som også må gis rom og mulighet til å styrke kapasitet og kompetanse til å utføre den forskningen som skal styrkes. KSF har lagt vekt på å foreslå en struktur som balanserer mellom hensynet til nærhet til kommunesektoren selv og kontakt til relevante forskningsmiljøer, og som samtidig gir mest mulig forskningsinnsats for ressursene som settes inn.

Det foreslås derfor en grunnstruktur på kommunenivå – hvor klynger av kommuner selv tar eierskap til sitt kunnskaps- og innovasjonsbehov, og samarbeider om å definere relevante forskningstema. Dannelse av slike klynger baseres på frivillighet fra de deltakende kommunene, og det vil være naturlig at det i hver klynge defineres en eller flere «motorkommuner» som tar et aktivt ansvar for et kunnskapsløft.

Representanter for kommuneklyngene innenfor en region vil, sammen med en brukerrepresentant og representanter for universitets-, høyskole- og instituttsektoren i regionen utgjøre et regionalt samarbeidsorgan, som administreres av et lite og effektivt sekretariat. KSF foreslår også et utgangspunkt for mandat for fire regionale samarbeidsorganer, men har ikke tatt stilling til lokalisering.

I tillegg forslås det i rapporten at Kommunenes strategiske forskningsorgan, dvs. på nasjonalt nivå, etableres som en fast ordning, og gir råd om mandat og sammensetning av dette. KSF foreslår at det legges til rette for totalt fire regionale samarbeidsorgan. KSF legger til grunn at relevansen vil bli

bedre og at kunnskapsbehovene i helse- og omsorgstjenestene lettere vil bli identifisert med den regionale organiseringa som foreslås.

De siste årene er det iverksatt flere tiltak for å styrke forskningen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Allikevel er skjevfordelingen mellom forskningsmidler som kanaliseres til hhv spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene så betydelig at KSF mener det er behov for en forpliktende opptrappingsplan for forskning og utviklingsarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Som ledd i dette bør det vurderes å anbefale et likeverdig sørge-for-ansvar for forskning og utdanning i kommunene som i spesialisthelsetjenesten. Det vil være et tydelig signal om behovet for å styrke disse oppgavene i kommunesektoren. Dette forutsettes fulgt opp ved å tilføre ressurser til formålet i kommunenes rammebevilgninger. Et eventuelt lovpålagt kommunalt sørge-for ansvar for forskning og utdanning er imidlertid en sak som må utredes ytterligere. Det er her viktig å understreke at KS, som medlemsorganisasjon for landets kommuner, ikke har mandat til å forplikte landets kommuner til nye oppgaver.

KSF mener at et rimelig ambisjonsnivå for årlig ressursinnsats til forskning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene bør tilsvare minst én prosent av de samlede budsjettmidlene til formålet; pr. 2018 om lag kr 1,3 mrd. KSF beskriver forslag til en opptrappingsplan for de første årene for å nå dette målet. Det vil ta noe tid for kommunene å utvikle kompetanse, holdninger og kultur for kunnskapsløftet. En forutsetning for kunnskapsløftet for kommunene er gode nasjonale data fra kommunene og fortgang i utvidelsen av Kommunalt pasientregister.



2. Innledning

Da FN skulle erstatte tusenårsmålene, ble FNs bærekraftsmål lansert. 17 mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Bærekraftsmålene binder miljø, økonomi og sosial utvikling i sammenheng. De gjelder for alle land og er et veikart for den globale innsatsen for en bærekraftig utvikling.

I motsetning til tusenårsmålene gjelder bærekraftsmålene for alle land i verden - også de rike. Det betyr at bærekraftsmålene har innvirkning på norsk politikk. Mange av målene er allerede oppfylt i Norge, men ikke alle.

I Perspektivmeldingen fra 2017 beskrives Norge som godt rustet til å møte fremtiden. Mange deltar i arbeidslivet, og vi har store naturressurser, en kompetent arbeidsstyrke og solide statsfinanser. Velstanden er jevnere fordelt enn i de fleste andre land. Vi som bor her har i stor grad ressurser og frihet til å styre våre liv etter egne vurderinger og ønsker, men selv med et så godt utgangspunkt står norsk økonomi overfor betydelige utfordringer. Det krever kloke veivalg for å opprettholde fremtidig bærekraft, og det vil kreves strengere prioriteringer, større effektivitet, bedre utnyttelse av teknologi og mer innovasjon i så vel privat som offentlig sektor.

Samhandlingsreformen i 2012 ga retning og tempo til en allerede pågående overføring av oppgaver og ansvar i helse- og omsorgstjenestene. Medisinsk behandling i sykehus blir, ikke minst takket være teknologisk utvikling, stadig mer kortvarig og intensiv, mens oppfølging og øvrige tjenester så langt som mulig skal tilbys utenfor sykehus, aller helst i eller i nærheten av personenes egne hjem.

Kommunene overtar oppgaver, oppfølging og ansvar for

personer som for et par tiår tilbake ville vært inneliggende i sykehus. Litt forenklet kan utviklingen beskrives på følgende måte: Mange pasienter som i dag får oppfølging hjemme eller i kommunale institusjonstilbud, ville tidligere vært innlagt i medisinske avdelinger. Mange av de som i dag er innlagt i ordinære sengeposter på sykehus, ville tidligere vært innlagt på en intensivavdeling. Mange av dagens pasienter i intensivavdelingene, ville det neppe vært mulig å redde.

Utfordringene knyttet til nye oppgaver og ansvar er merkbare både blant fastlegene og i de kommunale omsorgstjenestene, som heller ikke alltid opplever å være rustet med optimal kompetanse eller tilstrekkelig kapasitet.

Nye oppgaver, nye medisinske og teknologiske muligheter og strengere behov for prioriteringer understreker behovet for et kunnskapsløft i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Fremtidens helse- og omsorgstjenester er under press og sykehusene intensiverer og avgrenser sin aktivitet til høyt spesialiserte tjenester til pasientene. I et spesialisthelsetjenesteperspektiv beskrives fremtidig bærekraft som avhengig av at kommunene overtar ytterligere oppgaver; ikke minst i form av liggedøgn. Dette er i utgangspunktet en uttalt ønsket utvikling, men tempoet i hhv ned- og oppbygging er ikke harmonisert eller konsekvensvurdert, verken når det gjelder kapasitet, kompetanse eller finansiering.

Kommunene vil også måtte prioritere hardt fremover. Økende behov for helsetjenester, færre hender og strammere budsjetter i kommunene, vil kreve forskning for å sikre at prioriteringene kan skje kunnskapsbasert og innenfor rammene av faglig forsvarlighet.

Forskning og utdanning er også nært knyttet sammen. I dagens situasjon initieres, igangsettes og utføres forskning i all hovedsak i eller av spesialisthelsetjenesten, universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter. Kommunenes potensiale som utdannings- og læringsarena utnyttes ikke godt nok. Heldigvis er kommunale helse- og omsorgstjenester oftere enn før arena for forskning, men kommunene deltar i liten grad i å formulere forskningsbehovet og problemstillingene som skal belyses. Forskningsresultater henledes tilbake til utdanningsløpene, som heller ikke får den ønskede utviklingen i retning av bedre kompetanse og større relevans for de kommunale tjenestene.

Både helsepersonell, administrativ ledelse og politikere trenger et bedre kunnskapsgrunnlag for utviklingen av de viktige oppgavene som skjer i kommunene. Det er stort behov for grunnleggende data fra tjenestene.

Med en større satsing på kunnskapsbaserte kommunale tjenester, kan vi i Norge bidra til å løse ikke bare nasjonale, men også globale utfordringer. Det inkluderer god helse, utvikling og utprøving av innovasjon og infrastruktur og riktig utdanning.

Dette kunnskapsløftet kan resultere i at vi i fremtiden fatter beslutninger om helse- og omsorgstjenestene i kommunene basert på et bedre kunnskapsgrunnlag. Vi må være sikre på at vi prioriterer de riktige tjenestene for innbyggerne og brukerne våre, at vi opprettholder faglig forsvarlig praksis, og at vi bruker stadig knappere ressurser på best mulig måte.

2.1 Bakgrunn for KSF

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ble oppnevnt på rådmøte i HelseOmsorg21 i mars i 2017, og skal i denne perioden rapportere til HO21-rådet. KSF skal følge opp «og satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene» i HelseOmsorg21-strategien, og utarbeide et forslag til styrket forskning, innovasjon og utdanning innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslaget skal legges frem i HO21-rådet høsten 2018 i form av en sluttrapport. KSF er i første omgang oppnevnt for interimperioden 1.8.2017-31.12.2018.

KSF skal være et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester. Kommunehelsetjenesten har særskilte kunnskapsbehov.

Kunnskapsbehovene bør identifiseres/defineres av kommune- eller kommunehelsetjenesten selv, men også av pasienter/brukere, av myndighetene, av relevante forskningsmiljø og andre interessenter. KSF skal være pådriver og bidra til å videreutvikle og ivareta nasjonale strategier for forskning, innovasjon og utdanning, og motvirke fragmentering og overlapp mellom regioner, og koordinere tiltak for å møte kunnskapsbehovene. KSF skal særlig vektlegge og dekke kunnskapssvake områder innen kommunenes helse- og omsorgstjenester. KSF skal koordinere *de regionale samarbeidsorganene* og bidra til samordning av kommunenes, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats.

KSFs hovedoppgaver avgrenses slik i mandatet:

- Gi råd om en hensiktsmessig organisering (mandat, antall, organisering mv.) av *regionale samarbeidsorganer* for forskning, innovasjon og utdanning, og delta i å etablere disse samarbeidsorganene.
- Ivareta kommunesektorens definerte forsknings-, -innovasjons- og utdanningsbehov, slik disse formuleres av kommunene i de regionale samarbeidsorganene og i andre sammenhenger, for eksempel i HO21-strategien og Regjeringas handlingsplan.
- Særlig vektlegge og søke å dekke kunnskapssvake områder innen kommunenes helse- og omsorgstjenester, herunder helseutdanningenes læringsmål knytta til kommunal sektor.
- Koordinere *de regionale samarbeidsorganene* med sikte på å sikre best mulig samordning av og unngå overlapp (redundans) mellom kommunenes, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats.
- Stimulere til nasjonalt og internasjonalt forsknings-samarbeid på områder som har betydning for kommunenes helse- og omsorgstjenester.
- Drøfte ulike modeller for finansiering av kunnskapsløftet for kommunene, med sikte på å avklare hvordan kunnskapsløftet skal finansieres.

KSF består av 11 medlemmer med kommunal erfaring eller kompetanse innenfor helse- og forskningsfeltet. I tillegg her observatører vært til stede bidratt i møtene. KS har hatt sekretariatet i interimperioden. Se liste over deltakere i KSF til slutt i dette kapitlet.

KSF kan tjene som struktur som også kan nyttes på andre områder i kommunene. Det er på sikt nødvendig for kommunene å utvikle en samlet strategi for bl.a. forskning, innovasjon, digitalisering og velferdsteknologi. Erfaringer fra etablering av KSF vil være nyttige når kommunene i samarbeid med statlige myndigheter skal utvikle slike helhetlige strategier.

2.1.1 HO21-prosessen

Som nevnt innledningsvis, vedtok HO21-rådet å opprette KSF i mars 2017. Vedtaket kom etter en prosess der en arbeidsgruppe opprettet i oktober 2015, hadde lagt fram en rekke drøftingsnotater. Arbeidsgruppa bestod opprinnelig av representanter fra UH-sektoren, helseforetak og fra KS. Gruppa ble senere supplert med representanter fra Folkehelseinstituttet og kommunehelsetjenesten. Arbeidsgruppa hadde sekretariat fra KS og ble ledet av KS' representant i Rådet. I perioden fram mot mars 2017 ble det avholdt fem arbeidsgruppemøter som forberedelse til drøfting i rådsmøtene.

Arbeidsgruppa drøftet bl.a. spørsmålene som nå finnes i KSFs mandat, og fikk løpende tilbakemelding fra Rådet mht. hvilke tema og forslag som skulle prioriteres.

2.1.2 Kunnskapsløft for kommunene

Både demografisk utvikling og stadig nye og utvidete helse- og omsorgsoppgaver gir et økende behov for et styrket kunnskapsgrunnlag i kommunene. I dag er det en stor ubalanse i forskningsinnsatsen på kommunale helsetjenester sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. Mens helsekronene er delt 50/50 mellom hhv. spesialist- og primærhelsetjenesten, benyttes mindre enn ti prosent av forskningsfinansieringen til kommunale helsetjenester.

Det er ikke gitt at kunnskapsbehov, slik de defineres sett fra spesialisthelsetjenestens eller forskernes perspektiv svarer med de behovene kommunehelsetjenesten selv vil definere. Selv om NIFUs kartlegging *Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester* (NIFU 2016) har vist seg å ha visse svakheter, dokumenterer den bl.a. at kommunene i stor grad oppfattes som forskningsobjekter, noe som særlig kommer til uttrykk ved at tema for FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester ofte velges av forskeren eller forskningsinstitusjonen. NIFU viser

Figur 2.1

Skjematisk illustrasjon av fordeling av midler til drift og til forskning i hhv. spesialist- og kommunehelsetjenesten

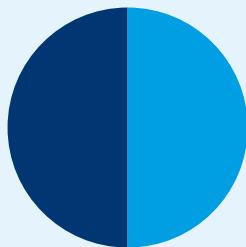
Fordeling av Norges helsekroner*

50 %

Primærhelsetjenesten
428 kommuner

50 %

Spesialisthelsetjenesten



*SSB/NFR

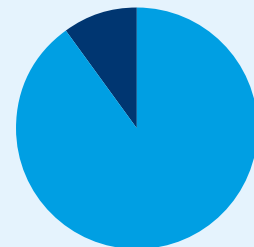
Fordeling av Helse- og omsorgssektorens forskningsmidler*

10 %

Primærhelsetjenesten
428 kommuner

90 %

Spesialisthelsetjenesten



*NIFU rapport 2016:32

Kilde: Bergen kommune

også at det i 2015 var relativt få som oppfatter at FoU-aktiviteten var initiert fra kommunene selv.

Det er viktig å bringe kommunene selv på banen for å definere kunnskapsbehovene og forskningsprosjektene. Mens spesialisthelsetjenesten fokuserer på diagnostikk, behandling, innleggelse og utskrivning, har man i de kommunale omsorgstjenestene i tillegg fokus på å opprettholde funksjon, underbygge mestring og å lindre plager og symptomer ved sammensatte, kroniske tilstander.

Innbyggernes behov for hjelp kan ikke alltid løses av helse- og omsorgstjenesten alene. Sikring av inntekt, utdanning, sosialt nettverk og bolig kan i gitte situasjoner være like vesentlig for innbyggerne som diagnose og medisinsk behandling. Dette må hensyntas som viktig kontekst når forskning skal designes og gjennomføres innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Under overskriften *Kunnskapsløft for kommunene* i rapporten fra HelseOmsorg21, heter det bl.a. (våre uthevinger):

*«Kommunenes medvirkningsansvar for forskning forsterkes og tydeliggjøres ved å omfatte **deltakelse i samarbeid om og finansiering av forskning på regionalt nivå (...)**. Dette må ledsages av en nasjonal konkurransearena for forskning for, i, med og på kommunene. På sikt, når finansieringen er på plass, må det vurderes å gi kommunene et fullt sørge-for-ansvar som **sidestiller kommunesektoren samlet med spesialisthelsetjenesten**, uten et krav om at forskningen skal gjennomføres av den enkelte kommune. (...)*

Det må utvikles nye regionale samarbeidsorganer for forskning mellom kommunene og forsknings- og utdanningsinstitusjonene. Disse må ha tett dialog med eksisterende regionale samarbeidsorgan mellom helseforetakene og universitetene. (...)

*De regionale **forskningsmidlene** rettet mot kommunenes behov bør forvaltes av denne instituttstrukturen på tilsvarende måte som RHF-ene forvalter spesialisthelsetjenestens midler.»*

I tråd med dette må kunnskapsbehovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene identifiseres av kommunesektoren selv, i tett samarbeid med UH- og instituttsektoren. Forskingen/utviklingsaktivitetene må være relevant og nyttig for kommunesektoren. Kravet til relevans og nytte skal ikke kompromittere kravet til kvalitet, bl.a. må vurdering av søknader baseres på bruk av ekspertpanel, slik praksis er for eksempel i Forskningsrådet, i RHF-ene og i de regionale forskningsfondene.

2.2 Forståelse og avgrensning av oppdraget

Kunnskapsaktivitetene som behandles i notatet avgrenses iht. forståelsen som legges til grunn i kunnskapstriangelet, dvs. forskning, innovasjon og utdanning. Begrepet «forskning» brukes gjennomgående, men omfatter som hovedregel altså hele kunnskapstriangelet. KSF forholder seg videre til begrepet *helse- og omsorgstjenester i kommunesektoren*. Velferdsområdet – eksempelvis NAV og barnevern etc. – faller utenfor arbeidsgruppas definisjon.

KSF har ikke prioritert å utrede detaljer rundt konkret organisasjonsform i de regionale samarbeidsorganene.

2.3 Arbeidsform

KSF har gjennomført 7 antall møter. Organet ble tidlig delt i kapittel-grupper. Det har ikke vært frikjøpt tid til arbeidet, men det har vært store bidrag fra samtlige medlemmer i organet. Rapporten er med andre ord et resultat av en stor dugnadsinnsats både i og mellom møtene, og baserer seg på leveranser fra kapittelgruppene. Rapporten må leses med det perspektivet.

2.4 KSFs sammensetning

Noen av medlemmene har inngått i et arbeidsutvalg (AU).

Medlemmer:

- Kommunaldirektør Helse og omsorg Nina Mevold, Bergen kommune (fra 1.10.18 administrerende direktør Sørlandet sykehus), leder (AU)
- Avdelingsdirektør helse og velferd, Åse Laila Snåre, KS, nestleder (AU)
- Rådmann Erik Kjeldstadli, Bærum kommune, medlem (AU)
- Kommuneoverlege Hans Petter Torvik, Sandnes kommune, medlem
- Rådmann Astrid Eidsvik, Ålesund kommune, medlem
- Kommuneoverlege Kenneth Johansen, Alta kommune, medlem
- Fylkesleder Geir Liavåg Strand, FFO Sogn og Fjordane, medlem
- Professor Marit Kirkevold, UiO, medlem (AU)
- Professor, forskningsleder Tone Alm Andreassen, Oslo Met – storbyuniversitetet, medlem
- Professor/instituttleder Nina Emaus, UiT, medlem
- Dekan medisin Björn Gustafsson, NTNU, medlem
- Professor Jørund Straand, UiO, medlem (AU)
- Fagdirektør Marta Ebbing, FHI, medlem

Observatører:

- Forskningsdirektør helse og velferd Randi Eidsmo Reinertsen, SINTEF
- Seniorrådgiver Lasse Frantzen, Helsedirektoratet
- Seniorrådgiver Siv Svoldal, Helse- og omsorgsdepartementet
- Seniorrådgiver Finn-Hugo Markussen, Kunnskapsdepartementet
- Seniorrådgiver Jens Kristian Jebsen, og seniorrådgiver Odd Vegsund, Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Administrerende direktør Flemming Hegerstrøm, Hospital IT
- Seniorrådgiver Irene Olaussen, Direktoratet for e-helse
- Avdelingsdirektør Jannikke Ludt, Forskningsrådet
- Fagsenterleder Marthe Hammer, Haukeland universitetssykehus

Sekretariat:

- Fagleder Sigrid J. Askum, KS, leder
- Fagleder FoU, Jon Anders Drøpping, KS
- Kommunikasjonsrådgiver Thea Finstad, KS



3. Kunnskapsstatus innen helse- og omsorgsfeltet i Norge: beskrivelse av forskningsbehov og omtale av eksisterende forskning

I Helse- og omsorgsdepartementets tilrå-dning for 2019 (Prop. 1S 2018-2019) heter det:

«De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye opp-gaver, og samtidig hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper med behov for både fysisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand. Det ytes stadig mer kompleks medisinsk behand-ling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemme-baserte tjenester».

Kommunenes plikter innen helse og omsorgssektoren er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (tekstboks).

Mens pleie- og omsorgstjenestene (heretter omtalt som omsorgstjenesten) i hovedsak har vært og fortsatt er en sykepleierledet og -bemannet tjeneste, utgjør allmennlegene nøkkelprofesjonen i de medisinske deler av de kommunale helsetjenestene. Administrativt er helse- og omsorgstjenestene i dag integrert i kommunene slik at sykepleiertjenesten også er del av helsetjenestene. Selv om sykepleiere og allmennleger fortsatt må regnes som «kjerneprofesjonene» i kommunale omsorgs- og helsetjenester, er både omfang av tjenestetilbud og antall faggrupper/profesjoner i dag langt mer sammensatt enn tidligere. Av loven følger at kommunene både skal ha leger, sykepleiere, helsesøstre, jordmødre og fysioterapeuter i sine tjenester. Fra år 2020 vil dette også omfatte psykologer og ergoterapeuter.

i

Helse og omsorgstjenesteloven pålegger («sørge-for-ansvar») kommunene å kunne tilby følgende helse- og omsorgstjenester (§3-2):

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap,
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d. psykososial beredskap og oppfølging.
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

Selv om de ikke er lovpålagte, kommer nye faggrupper til og yter selvstendig behandling i kommunale tjenester. For eksempel innenfor rus og psykisk helsevern, hvor det er nye aktører som verken er direkte del av legetjenestene eller omsorgstjenesten. Psykiatriske sykepleiere/vernepleiere med videreutdanning tar i stor grad hånd om rusmisbrukere og gir støtte til hjemmeboende psykiatriske pasienter. I tillegg til stillinger i tradisjonelle helse- og omsorgstjenester, driver fysioterapeuter frisklivsentraler, med varierende grad av samarbeid med fastlegene eller hjemmesykepleien.

Mange kommuner har store kapasitetsutfordringer knyttet til forholdsvis få, men svært krevende, storforbrukere av tjenester. Dette handler blant annet om yngre brukere som har medfødte skader, har overlevd alvorlig skade/ulykke eller sykdom, eller som er rammet av progressiv kronisk sykdom med påfølgende store funksjonstap. En forholdsvis stor og økende andel av ressursene innen pleie- og omsorg går til yngre (0-66 år) brukere. Dette har også sammenheng med at yngre brukere har sterkere rettigheter enn eldre knyttet til (re-)habilitering, (døgnbasert) brukerstyrt personlig assistanse og andre omfattende hjelpetiltak i og utenfor eget hjem.

3.1 Beskrivelse av helse- og omsorgsfeltet i kommunene

Innenfor alle helse- og omsorgstjenestekområder kommunene har ansvar for, finnes det i dag forskning. Denne er i varierende omfang og kvalitet og i hovedsak forankret ved universitet, høyskoler eller i instituttsektoren. Generelt er det likevel behov for mer systematisk kunnskap både om innhold og utøvelse/organisering av tjenestene. Å omtale kunnskapsstatus og kunnskapsbehov innenfor alle aktuelle tjenestekområder, vil imidlertid sprengte rammene for hva som er mulig å innpasse i dette kapittelet.

Tiltak og ytelser fra NAV eller sosialtjenesten vil ikke bli omtalt her. Heller ikke hvordan ulike tjenester finansieres, reguleres eller organiseres. Økt digitalisering i helse- og omsorgssektoren vil generere helsedata som kan bli verdifulle kilder for forskning gitt at dataene blir gjort tilgjengelige for forskning.

Forskningsmessige potensialer og behov knyttet til digitalisering av kommunikasjon mellom og innad i helse- og omsorgstjenester (e-helsetjenester) vil ikke bli omtalt eksplisitt i dette kapittelet, men i et eget vedlegg om e-helse og digitalisering av helse og omsorg lagt ved rapporten.

Det er nå mer vanlig at spesialisthelsetjenesten etablerer ambulante team som følger opp spesielle pasientgrupper i eget hjem. Dette vil ikke bli omtalt her. Kommunale oppgaver knyttet til lokalt folkehelsearbeid og behov for forskning om dette vil heller ikke bli omtalt her.

Å beskrive de mange, sikkert mange hundre, ulike forskningsprosjektene som i dag foregår i landet og som er rettet mot eller har stor relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester, vil også være en alt for omfattende oppgave for denne rapporten. Fokus i dette kapittelet vil derfor i stedet være å beskrive aktuelle strukturer og ressurser for forskning og som må være deler av kunnskapsløftet for kommunene.

Mye av den forskningen som kommunale helse- og omsorgstjenester trenger framover, vil være flerfaglig forskning og samhandlingsforskning. I dette kapittelet vil framstillingen avgrenses til omtale av eksisterende forskningsbehov og forskningsressurser innen:

- Helse- og omsorgstjenester (hjemmebaserte tjenester, vernepleiere eller i sykehjem/spesialiserte boenheter) der største personellgrupper utgjøres av sykepleiere og hjelpepleiere;
- legebaserte helsetjenester (fastlegeordningen, legevakt, andre pasientrettede legeoppdrag);
- forebyggende tjenester, svangerskaps- og barselomsorg, (ha)rehabilitering;
- tannhelse;
- tverrfaglige tjenester

I vedlegg 1 omtales noen viktige nasjonale infrastrukturer av betydning for forskning i kommunale helse- og omsorgstjenester: forskerskoler, forskningsnettverk (PraksisNett) og helseregistre/befolkningsundersøkelser.

3.2 Forskningsbehov

3.2.1 Forskningsbehov i helse og omsorgstjenester («omsorgstjenester»)

Det har gjennom mange år vært en kraftig vekst i kommunale omsorgstjenester. Tjenestene står nå for en vesentlig del av kommunenes samlede utgifter (i 2017 nær 113 milliarder kroner; KOSTRA SSB). I 2017 var det til sammen rundt 143.000 årsverk i kommunale omsorgstjenester og 190.000 mottakere av hjemmesykepleie (HOD Prop. 1S 2018-2019). Forhold som medvirker til økt behov for helse- og omsorgstjenester i kommunal regi, er blant annet demografiske endringer i befolkningen («eldrebølgen»), kortere liggetid i sykehus, oppgaveoverføring fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester og lovfestede rettigheter for spesielt yngre brukere. Selv om yngre brukere legger beslag på store ressurser innen omsorgstjenestene, vil det i den videre framstillingen bli lagt hovedvekt på utfordringene knyttet til eldre brukere.

Andelen eldre i befolkningen øker kraftig: «gamle eldre øker mest»: I følge Folkehelse rapporten (FHI 2018) vil aldersgruppen 80 år og eldre øke fra ca. 220.000 i 2017 til 470.000 i 2040. Andelen eldre som bor alene øker med økende alder. For gruppen 80 år og over, bodde 55 % alene i 2017. Det er store regionale variasjoner i aldersfordelingen. Den høyeste andelen eldre finner man i mange av de minst sentrale områdene. Dette vil gjøre at presset på omsorgstjenester vil variere mellom ulike deler av landet og slå ulikt ut i forskjellige kommuner. Selv om helsetilstand og funksjonsnivå hos eldre mennesker i dag er atskillig bedre enn for noen tiår tilbake, vil det utvilsomt være behov for videre utbygging av kommunale omsorgstjenester. En enkel framskrivning av behov (i form av flere årsverk i tjenestene) basert på endret alderssammensetning i befolkningen, gir neppe et riktig bilde av behovet samtidig som det framstår som urealistisk å gjennomføre. Det vil imidlertid helt sikkert være et økende behov for *helse- og omsorgstjenesteforskning* der nye arbeidsmåter og nye samarbeidsmønstre blir testet ut med sikte på økt effektivitet i tjenestene. Helse- og omsorgstjenesteforskningen må inkludere helseøkonomisk forskning og forskning knyttet til implementering, effekt og skalering av velferdsteknologi og e-helse. Det er behov for forskning som gir kunnskap om

brukermedvirkning og tjenesteinnovasjon. Det er også behov for teknologiforskning på e-helseløsninger og sensorer for medisinsk avstandsoppfølging.

Kortere liggetid i sykehus medfører at mye av rekonvalesensen etter akutt sykdom eller kirurgisk behandling nå må skje i pasientens eget hjem (eventuelt først via korttidsopphold i kommunal institusjon). Fordi dette handler om en sårbar pasientgruppe med høy risiko for å utvikle varig funksjonstap med tilhørende pleiebehov, vil behovet for *hjemmebasert rehabilitering* øke. Slik «hverdagsrehabilitering» er et område som i dag er forholdsvis svakt utforsket. Systematisk uttesting av ulike modeller, både mhp innhold/effekt og organisering, vil være et viktig forskningsfelt framover. Implementering av tiltak for å gjenvinne eller vedlikeholde funksjonsnivå hos skrøpelige eldre vil uansett være sentrale oppgaver for omsorgstjenesten – ofte i samarbeid med helsetjenestene. Å fastslå hvilke tiltak som har best effekt og som er mest kostnadseffektive, fordrer forskning.

Generelt skal tiltak prøves ut og evalueres i samme setting om de er tenkt implementert. Mange sykepleiefaglige prosedyrer i hjemmetjenestene i dag er basert på rutiner etablert i sykehus. Dette gjelder for eksempel krav til sterilitet i forbindelse med sårstell, kateterskift mv. Det er behov for forskning som styrker kunnskapsgrunnet for optimal gjennomføring av slike prosedyrer i en hjemmebasert setting på en så enkel og kostnadseffektiv måte som mulig. Det er videre behov for infrastrukturer for utvikling, utprøving og evaluering av nye løsninger og nye tjenester.

Som følge av blant annet samhandlingsreformen, skjer det en kontinuerlig overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er etablert spesialiserte tilbud i mange kommuner for oppfølging av spesielle pasientgrupper (eks., psykiatri, demens, kreft). Avansert behandling av pasienter med kronisk sykdom, der det tidligere var nødvendig med innleggelse i sykehus, kan nå i økende grad utføres i pasientens eget hjem (f.eks. telemedisinsk overvåking, hjemmedialyse, palliasjon). Med dette følger også nye forskningsbehov.

Det har vært vanlig å anta at omtrent 70 000 personer, eller 1,4 prosent av befolkningen i Norge, lider av demens (Rapport, Sosial og helsedirektoratet, 2007). Vi mangler imidlertid gode data om dette i Norge i dag. Forventet fortsatt økt levealder og langt flere gamle i befolkningen vil trolig uansett medføre en fordobling eller mer i forekomsten av demens fram til år 2050. Det store antall pasienter gjør at selv forholdsvis små effekter av mer optimal forebygging av demenssykdom likevel vil kunne ha stor samfunnsmessig betydning. Systematisk arbeid med å utvikle og evaluere tiltak for at pasienter med demens skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, bør ha forskningsmessig høy prioritet.

Det er stor variasjon kommuner imellom mhp dekningsgrad i form av antall sengeplasser i sykehjem sett i forhold til kommunenes andel av innbyggere 80 år og eldre. I sykehjem er det generelt et stort behov for å utvikle og systematisk evaluere ikke-farmakologiske tiltak for å vedlikeholde pasientenes funksjonsnivå best mulig og for å forebygge skader (fallulykker, bruddskader og trykksår). Halvparten av dødsfallene i den norske befolkningen skjer nå i sykehjem. Kvaliteten på palliasjon og terminal omsorg er variabel og forskning vil kunne være med på å heve kvaliteten og styrke medisinsk og pleiefaglig kompetanse på området.

Løsningene for å dokumentere virksomheter innen omsorgstjenestene er fortsatt i for liten grad tilrettelagt slik at dataene kan gi grunnlag for kontinuerlig statistikkproduksjon, helseanalyser og forskning. Direktoratet for e-helse arbeider med å utvikle nye journalsystemer for kommunene gjennom prosjektene *En innbygger en journal* og *Helseplattformen*. Kommunalt PasientRegister (KPR) er også etablert men datatilfang og datakvalitet må utvikles videre.

I 2011 gjennomførte Norges Forskningsråd en evaluering av Norsk helseforskning. I deres oppsummering la de spesiell vekt på behovet for å styrke så vel kvantitet som kvalitet/ kompetanse innen pleie- og omsorgsforskningen:

«The area of care/nursing research is important, in particular in an ageing society like the Norwegian one. In particular,

there is a need for carefully evaluated, evidence-based practice in health care, prevention and health promotion, e.g. with regard to caring of elderly and patients with chronic diseases.»

Selv om mye har bedret seg siden 2011, er trolig konklusjonen fra denne evalueringen fortsatt gyldig.

I kommunedelen av HO21-rapporten fra 2014 ble behovet understreket for «forskningsbasert kunnskap som grunnlag for tildelingsrutiner, organisering og dokumentasjon av pleie- og omsorgstiltak. Det er likevel slik at alle sider (eksempelvis forebygging/helsefremming, flerspråklig kommunikasjon, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie) ved kommunale helse- og omsorgstjenester, må inngå i et systematisk arbeid for å gjøre tjenestene mest mulig kunnskapsbaserte. Dette vil styrke fagmiljøene, bygge kompetanse og utvikle samarbeidsflater mellom kommunesektor og akademia og heve kvaliteten på tjenestene til brukerne.»

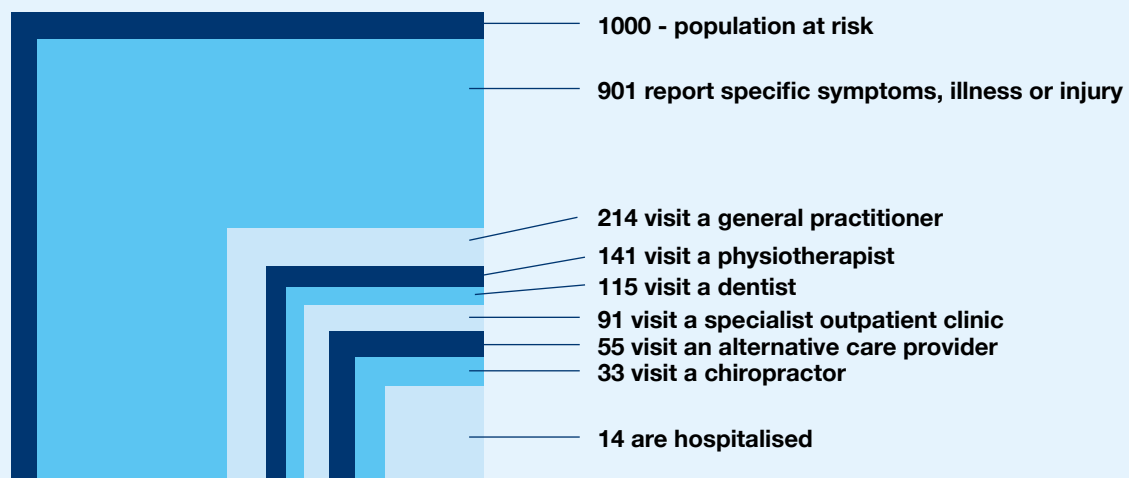
3.2.2 Legebaserte primærhelsetjenester (fastlegeordningen mv.)

I den norske helsetjenesten utgjør fastlegeordningen den desidert største arenaen for diagnostikk, behandling, prioritering og oppfølging av sykdom. I 2017 hadde landets fastleger 14,4 millioner pasientkonsultasjoner, 70 % av befolkningen var innom sin fastlege og gjennomsnittlig antall konsultasjoner per innbygger var 2.7 (SSB 2018; <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>). Fastlegene representerer således grunnmuren i hele helsetjenesten. Kjernen i ordningen utgjøres av den personlige lege-pasientrelasjonen, en relasjon der idealet er at denne både skal være kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende (KOPF). Portvaktordningen gjør at fastlegene er avgjørende premissleverandører for aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten. En velfungerende spesialisthelsetjeneste forutsetter derfor en velfungerende fastlegetjeneste. Ved utgangen av 1.halvår 2018, var det 4753 fastleger i Norge (HOD Prop. 1S 2018-2019). Det siste tiåret har det bare vært en beskjeden økning i antall nye fastlegestillinger, og veksten har vært betydelig lavere enn motsvarende vekst i omsorgssektoren og i spesialisthelsetjenesten. Denne

ubalansen, sammen med økte krav til samhandling og dokumentasjon, forklarer mye av dagens «fastlegekrise». Det er behov for klinisk og epidemiologisk helsetjenesteforskning knyttet til fastlegefunksjonen. Det er også behov for forskning på organisering av primærhelseteam, nye kontaktformer mellom lege og pasient/innbygger, medisinsk avstandsoppfølging, videokonsultasjoner og ikke-farmakologiske tjenester.

I en klassisk amerikansk studie fra 1961 kartla White og medarbeidere «økologien» i befolkningens helsetjenestesøkningsadferd illustrert som kuber med utgangspunkt i en representativ normalbefolkning på 1000 innbyggere, deres symptomer/sykdommer og deres bruk av ulike helsetjenester. En slik visualisering gir en god ramme for å forstå og for å planlegge helsetjenestene. De aller fleste helseproblemer blir avklart og behandlet ferdig i primærhelsetjenesten. Basert på Tromsøundersøkelsen (2007-8) som omfattet nær 13.000 deltakere 30 år og eldre, publiserte Ann Helen Hansen og medarbeidere i 2012 en tilsvarende kartlegging:

Estimert månedsprevalens av selvrapporterte symptomer, sykdom og skader i en voksen befolkning 30 år og eldre, og deres bruk av ulike helsetjenester (Data fra Tromsøundersøkelsen 2012: Hansen AH et al. J Publ Health Res 2012; 1: e28; Hansen AH. personlig meddelelse 2018)



Tabellen under viser antall konsultasjoner hos norske fastleger i 2017 fordelt på diagnosegrupper (Kilde SSB). Tabellen illustrerer fastlegetjenesten som en klinisk rettet tjeneste og peker også mot aktuelle forskningsområder i tjenestene (SSB 2018). (SSB 2018; <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>). Portvaktfunksjonen i fastlegeordningen gjør at bare et lite

mindretall av pasientene som kontakter sin fastlege blir henvist til eller blir lagt inn i sykehus. Langt de fleste sykdommer/diagnoser avklares diagnostisk og behandlingsmessig hos fastlegen. For eksempelvis pasienter med lidelser i muskel-skjelettsystemet samarbeider fastleger i utstrakt grad med fysioterapeuter i kommunen.

KONSULTASJONER HOS FASTLEGE ELLER LEGEVAKT I LØPET AV ÅRET, ETTER ALDER OG ETTER KJØNN

	2017	
	Konsultasjoner	Prosentandel
Alle diagnoser	14 393 944	100,0
Luftveisinfeksjoner, inkl. ørebetennelse	1 341 099	9,3
Lokale smerte og betennelser	1 195 240	8,3
Ryggproblemer	531 537	3,7
Generelle smerter og muskelplager	201 592	1,4
Ledd- og gikt sykdommer	311 683	2,2
Psykisk sykdom eller lidelse	1 478 329	10,3
Atopi, astma, allergi eller eksem	483 916	3,4
Høyt blodtrykk	573 349	4,0
Hjertesykdom	533 287	3,7
Diabetes	387 856	2,7
Kreft	216 332	1,5
Underlivsplager hos kvinner	210 066	1,5
Funksjonelle mage-tarmplager	571 645	4,0
Hudinfeksjoner	279 593	1,9
Ulykker og skader	480 893	3,3
Medfødt sykdom eller feil	26 442	0,2
Svangerskap, fødsel, prevensjon	535 299	3,7
Frykt for sykdom	85 483	0,6
Administrativ kontakt	299 803	2,1
Forebyggende kontakt	416 647	2,9
Andre diagnoser	4 233 853	29,4

Kilde: SSB 2018; <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

På fastlegekontorene reflekteres de demografiske endringene i befolkningen («eldrebølgen») tydelig ved at en stadig større andel av pasientene kjennetegnes av flersykelighet (multi-morbiditet) og derav følgende polyfarmasi. Mens kliniske retningslinjer typisk er utviklet for diagnostikk og behandling av enkeltsykdommer, er kunnskapsgrunnlaget i hovedsak fraværende, og forskningsbehovet stort, for optimal (legemiddel-) behandling av pasienter som har mange ulike diagnoser/sykdommer samtidig.

Allmennleger står også for andre medisinske oppgaver i kommunene slik som legevakt, legetjenester på sykehjem og KAD, helsestasjon, skolehelsetjeneste mv. Fastlegene samhandler i utstrakt grad med andre yrkesgrupper både innad i kommunen i første rekke med omsorgstjenestene, og med spesialisthelsetjenesten. Fordi den medisinske virksomheten hos fastleger og legevaksleger innebærer håndtering og avklaring også av akutte og livstruende tilstander, innebærer tjenestene høy risiko for ikke-kunnskapsbasert prioritering og tjenesteutøvelse. Kunnskap om optimal oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer er likeledes i kontinuerlig, rask utvikling og begrunner behov for forskningsbasert kunnskapsgrunnlag i tjenestene. Det er stort behov for klinisk og annen pasientnær forskning i fastlegeordningen, på legevakt, og i sykehjem. Legevakten har behov for forskning på triage. KAD er en forholdsvis ny ordning med forskningsbehov knyttet til hvilken kompetanse som trengs, organisering og arbeidsprosesser og teknologiinnovasjon. Sykehjemmene har omfattende udekkede forskningsbehov: demens, multimorbiditet og polyfarmasi, palliasjon, ikke-farmakologiske tiltak og problematikk knyttet til korte leveutsikter. Det trengs kunnskap om effekten av pleierutiner og om livskvalitet og hvordan pasienten selv og pårørende kan involveres i omsorgsarbeidet. Videre er det behov for helsetjenesteforskning og forskning på struktur, organisering og fordeling av korttids- langtids- og akutt plasser.

Det pågår for tiden (2018) utprøving og evaluering av nye samarbeidsmodeller i form av primærmedisinske team bestående av fastlege, legesekretær og sykepleier. Denne type følge-forskning vil det fortsatt være behov for framover. Et annet utviklingstrekk handler om elektroniske kontaktformer

(e-konsultasjoner) som brukes i økende grad. Helsetjenesteforskning, herunder kost-nytte analyser vil være sentrale i en forskningsmessig evaluering av nye arbeidsmåter.

Fastlegeordningen utfordres i dag av helprivate, kommersielle aktører som opererer på siden av det offentlige helsevesenet. Dette handler om helsetilbud, ofte formidlet via nettet, og som pasient (ev. via private helseforsikringer) må betale fullt ut for. I Sverige er det vist at diagnostikk og behandling av luftveisinfeksjoner utført av kommersielle nettleger («engangsleger» som ikke møter pasientene fysisk), medfører stor risiko for overdiagnostikk og overbehandling med antibiotika (Lakartidningen.se 2017-05-17). Det er behov for kunnskap om privat drift av offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester som tilbys, om det er forskjeller mellom offentlig, ideell og kommersiell drift mht. over- og underdiagnostisering, og hvordan de private tjenestene påvirker de offentlige tjenester.

At kommunale helsetjenester ikke har forskning og utdanning i egne tjenester som lovpålagte oppgaver slik som i spesialisthelsetjenesten, forklarer langt på vei hvorfor primærhelsetjenesten er ekskludert når det gjelder å definere forskningsprioriteringene i sektoren. Samtidig vet vi at leger generelt er svært opptatt av faglig fordyping og utvikling. Gode muligheter i sykehus til å kombinere klinisk praksis med forskning eller undervisning, bidrar trolig også til at en økende andel nyutdannede leger foretrekker arbeid i sykehus framfor i fastlegeordningen.

Etablering av en infrastruktur for klinisk forskning (forskningsnettverk) i fastlegepraksis vil muliggjøre langt mer klinisk forskning på allmennmedisinske problemstillinger framover (se omtale av *PraksisNett* i vedlegg 1). Det er behov for utbygging av tilsvarende infrastrukturer for legevakt og sykehjem, i tillegg til andre profesjoner i primærhelsetjenesten.

3.2.3 Forskningsbehov innen tjenester, svangerskaps- og barselomsorg, (re)habilitering

Det er behov for forskning på alle kommunenes ansvarsområder og at forskningsresultater innarbeides i yrkesutøvernes utdanning slik at denne blir mer kunnskapsbasert.

Stikkord for forskningsbehov knyttet til helsefremmende og forebyggende tjenester ved *helsestasjon og skolehelsetjenesten* er: tverrfaglig samarbeid for å fange opp utfordringer hos barn, unge og familier; intervensjonsstudier for effekt av helsefremmende og forebyggende tiltak; tiltak for å fremme barn og unges psykososiale helse.

Implementering av retningslinjer for å motvirke *feilernæring, usunt kosthold og underernæring* i barnehager, skoler, hjemmetjenester og langtidsinstitusjoner bør ledsages av forskning. Både for å dokumentere effekt av tiltakene, men også for å identifisere forhold som hindrer/fremmer implementeringen.

Frisklivssentraler skal gi støtte til personer med (høy risiko for) sykdom til å endre ugunstige levevaner og bedret sykdomsmestring. Forskning mangler knyttet til effekt av tiltakene og det mangler systematisk kunnskap om virksomheten og om denne er i tråd med helsedirektoratets veileder.

Barselomsorgen med dagens raske hjemreise etter fødselen (erfaringer fra brukere og jordmødre/helsesøstre/leger; utprøving av nye modeller for veiledning til foreldre med evaluering av effekt).

Habilitering og rehabilitering (utvikling og evaluering av familiesentrerte/brukersentrerte tjenester og tiltak (intervensjoner), samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, overgang fra tjenester organisert for barn til tjenester for voksne).

Samordnede tjenester (Individuell Plan, IP) er et lovfestet virkemiddel for brukere med komplekse problemer og behov for innsats fra flere tjenester. Om IP finnes forskning fra juridiske, helsefaglige og samfunnsvitenskapelige miljøer, men det er behov for forskning om IP som middel for å koordinere ulike tjenester. Hvordan kan samordnede tjenester og helhetlige pasient- og brukerforløp sikres (prioritert område i Forskningsrådets Helsevel-program)?

3.2.4 Forskningsbehov innen tannhelse

En kartlegging gjort NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) gjorde på oppdrag fra departementet viste at det er behov for å styrke forskningsaktiviteten innen oral helse. Kartleggingen viste at forskning og fagutvikling innen oral helse er svak sammenliknet med medisin og andre helsefag, og sammenliknet med de øvrige nordiske land. Forskningsmiljøene er små. Nesten ingen forskning og utvikling innen oral helse ved universitetene finansieres fra eksterne midler. Det har vært få som rekrutteres til en karriere innen forskning, kun 4 pst av tannlegene har stilling innen *akademia*. Det har vært lite forskningssamarbeid mellom miljøene. Helse- og omsorgsdepartementet la derfor i 2017 frem *Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017-2027), Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Et av de viktigste tiltakene i oppfølgingen av strategien er knyttet å etablere samarbeid mellom miljøene. Samt å skape arenaer hvor aktørene jevnlig møtes. Det er derfor etablert en nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse.*

3.2.5. Forskningsbehov innen tverrfaglige tjenester

Det er etablert flere nasjonale og regionale forsknings- og kompetansesentre hvor mange retter seg mot forebygging, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Disse forsknings- og kompetansesentrene ble etablert på kunnskapssvake områder innenfor områdene psykisk helse, vold og traumer og rus og avhengighet.¹ Samfunnsoppdraget og oppgavene til sentrene er å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i de relevante tjenestene og andre nærliggende sektorer innenfor senterets kompetanseområde og overfor senterets målgrupper. Sentrene skal både være en tjeneste for tjenestene og for den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Flere av sentrene mottar i tillegg til tilskudd fra Helsedirektoratet også tilskudd fra Barne- og likestillingsdepartementet /Bufdir, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. I tillegg skal sentrene kunne delta i praksisnær og praksisrelevant forskning og i relevante forskningsnettverk.

20 ¹ Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i Midt-Norge, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i Nord-Norge, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i Vest-Norge, Regionalt senter for barn og unges psykiske Helse Sør-Øst, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, de fem Regionale ressursentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, de seks Kompetansesentre rus,

Det er behov for helsetjenesteforskning på samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester innen rus og psykisk helsearbeid, pakkeforløp innen psykisk helse og rus, samarbeid mellom frivillige organisasjoner og helsetjenester i kommunene, brukerkompetanse og brukermedvirkning. Forskningen omfatter effekt-, følge- og aksjonsforskning og anvender både kvalitative og kvantitative metoder.

3.3 Eksisterende forskningsressurser

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer i hovedsak forskning gjennom Norges forskningsråd, bevilgninger til de regionale helseforetakene og gjennom ulike nasjonale og regionale forsknings- og kompetansesentre. HOD øremerker vel 330 mill. kroner til Norges forskningsråd i 2018. Tilskuddet til Forskningsrådet vil i 2018 dekke fire programmer. Dette er tjenesteforskning (HelseVel), forebygging og folkehelse (BedreHelse), klinisk forskning, behandling, diagnostisering mm (Behandling), global helse- og vaksinasjonsforskning (GlobVac). HOD finansierer også nasjonale kompetanse- og forskningsenheter som i hovedsak er lagt til UH- og instituttsektoren. I UH sektoren finnes mange ulike enheter som har sterkt fokus både på utdanning og forskning rettet mot kommunale tjenester.

3.3.1 Forskningsressurser for helse- og omsorgstjenester

Forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tradisjonelt vært forankret i instituttsektoren og de fire breddeuniversitetene hvor en fra slutten av 1970-tallet og 80-tallet opprettet egne avdelinger eller institutter for sykepleieforskning. I løpet av 1990-tallet og 2000-tallet har også høgskolene blitt tillagt forskningsansvar, noe som har økt antallet miljøer og grupper som forventes å gjennomføre forskning innen helse- og omsorgstjenestene. Mange av disse miljøene er svært små og nyetablerte og mange har ikke en kritisk masse. Det meste av forskningen har vært rettet mot spesialisthelsetjenesten. Kun noen få miljøer har en lengre tradisjon for å forske på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, bl.a. Avdeling for sykepleievitenskap ved Universitet i Oslo.

Evalueringen av biologi, medisin og helsefag i siste halvdel av 2000-tallet (NFR 2011) viste at kvaliteten i norsk helse- og omsorgstjenesteforskning er varierende. Mens noen av de mer etablerte miljøene ble vurdert til meget gode og gode, ble andre miljøer vurdert som svakere. Helse- og omsorgstjenesteforskningen ble fremhevet som svært viktig for å bedre kunnskapsgrunnlaget og kvaliteten i tjenestene og flere intervensjonsstudier ble etterlyst (NFR 2011). Denne evalueringen er nå 7 år gammel og mye har bedret seg siden. Mange institusjoner har tatt vesentlige grep for å heve kvaliteten og kompetansen og skape større og mer robuste fagmiljøer. Likevel er det fortsatt mange små og sårbare miljøer og kvaliteten er fremdeles varierende. Det er et generelt behov for å styrke forskningen i hele sektoren, dels knyttet til kompetanse og dels knyttet til kapasitet, omfang og organisering.

Forskningsrådet understreket bl.a. at de store systemutfordringene krever et tverrfaglig perspektiv, som belyser sammenhengen mellom organisering og de harde ende-punktene: morbiditet, livskvalitet og kostnadseffektivitet.

Selv om forskningen knyttet til omsorgstjenestene i kommunene i hovedsak har hatt et nasjonalt fokus, har forskningen ved de etablerte forskningsmiljøene ved universitetene, instituttene og noen av høgskolene i høy grad vært preget av internasjonal publisering i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter. Videre har en betydelig andel hatt internasjonalt samarbeid. Andre steder har forskningen og publiseringen i større grad vært nasjonalt innrettet.

Egne sentra for omsorgsforskning (SOF) ble opprettet av HOD på bakgrunn av Meld. St. 25 (2005–2006). Disse er lagt til Universitetet i Tromsø, Nord universitet, Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Agder sammen med Høgskolen i Sørøst-Norge, og NTNU på Gjøvik. De fem sentrene utgjør et nasjonalt nettverk som koordineres fra NTNU/Gjøvik. SOF-ene samarbeider mye med de mange utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Et eget «omsorgsbibliotek» er egen filial av Helsebiblioteket (FHI) og *Tidsskrift for omsorgsforskning er godkjent som publiseringskanal (nivå 1 tidsskrift)*.

Enheter for utdanning av helse- og omsorgsprofesjoner ved høyskolene og landets nye universiteter, samt enheter for sykepleievitenskap og helsefag ved landets medisinske fakultet, er i dag viktige enheter for helse- og omsorgsforskning. Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) ved UiB har sterkt fokus på flerfaglig klinisk forskning i sykehjem og hjemmesykepleie. På universitetene og dels i instituttsektoren finnes dessuten egne enheter med sterkt forskningsmessig fokus på helsetjenesteforskning, ledelse, organisering og helseøkonomi rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse enhetene vil være viktige byggesteiner i et kunnskapsløft for kommunene.

Det finnes imidlertid per 2018 ingen god nasjonal oversikt over pleie- og omsorgsforskningen i landet. NIFU-rapport 32 fra 2016 («Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: kartlegging av ressursinnsats og resultater») fanget bare opp en liten del av den forskningen som faktisk pågikk. Stikkprøver som KSF har gjort for året 2014 (siste året som ble undersøkt av NIFU), viste at *ingen* av i alt 19 publikasjoner (publiseringskategori nivå 1 eller 2) fra fire undersøkte sentra for omsorgsforskning var kommet med i publikasjonsfangsten til NIFU. Årsaken til dette ligger trolig i bestillingen til NIFU: at forskningen skulle være *knyttet til (les: utgå fra?)* i stedet for å være *rettet mot* eller *handle om* brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

3.2.3 Forskningsressurser for legebasert primærhelsetjeneste

I NFR-evalueringen fra 2011 ble de allmenntedisinske forskningsmiljøene vurdert fra som «very good» til «fair». Også her må det legges til at evalueringen må tolkes med varsomhet og at svært mye har skjedd i positiv retning siden evalueringen. Men flere av miljøene er fortsatt små og dermed veldig sårbare. Forskningen blir i hovedsak publisert internasjonalt, dels i høyt rangerte tidsskrift.

Ved siden av undervisning i klinisk allmenntedisin på profesjonsstudiet, er så å si all allmenntedisinsk forskning i landet forankret ved de fire allmenntedisinske universitetsenheter ved landets medisinske fakultet.² Et unntak er Bergen, der

eksternt finansierte enheter er lagt til UNI Research (nå NORCE) som sorterer under instituttsektoren, her imidlertid lagt fysisk tett opp mot universitetsenheten. Forskningen er rettet mot og har stor relevans for kommunale helsetjenester. Avdeling for allmenntedisin ved UiO og forskergrupper tilknyttet UiB/NORCE står for den mest omfattende allmenntedisinske forskningen i landet. Sammenlignet med de store sykehusfagene, er de allmenntedisinske universitetsmiljøene likevel forholdsvis små og dermed sårbare mhp kapasitet. Det var likevel et viktig løft at det i 2006-7 ble lagt allmenntedisinske forskningsenheter (AFer) tett på og i synergi med universitetsmiljøene. Dessuten kom det til egne nasjonale kompetansesentra for legevaksmedisin (Nklm), antibiotika- bruk i primærhelsetjenesten (ASP) og distriktsmedisin (NSDM) med forskning som en av flere oppgaver. Disse virksomhetene er alle grunnfinansiert av Helsedirektoratet. Stiftelsen Allmenntedisinsk Forskningsfond (AMFF) etablert av Legeforeningen i 2007, er i dag en av de viktigste finansieringskildene for lønnsmidler til allmenntedisinske forskere som tar doktorgrad.

Selv om allmenntedisinsk forskning er blitt radikalt styrket både i kvantitet og kvalitet siste tiårene, var situasjonen i 2016 slik at bare ca. 3,6 % av landets spesialister i allmenntedisin hadde doktorgrad. Til sammenligning var andelen 29,2 % for spesialister i indremedisin og 18,4 % for alle medisinske spesialiteter samlet (DNLf: legestatistikk).

Den før omtalte NIFU Rapporten (2016:32) fanget også bare i liten grad opp norsk allmenntedisinsk forskning. Av publikasjoner som utgikk fra landets allmenntedisinske forskningsenheter i 2014, ble godt under 20 % gjenfunnet i NIFU sitt publikasjonssøk for dette året. Systemet *Health Research Classification System* (HRCS) som både Forskningsrådet og universitetene benytter, er heller ikke egnet til å skille om forskningen er rettet mot primær- eller spesialisthelsetjenesten. Det betyr at vi fortsatt mangler en god nasjonal oversikt over resultatene av medisinsk forskning rettet mot primærhelsetjenesten.

Sektoren har et stort behov for oppdatert, systematisk kunnskap som grunnlag for yrkesutøvelsen. Dette gjelder både helsetjenesteforskning, samhandlingsforskning og klinisk forskning. Det trengs god forskning om effekt av ikke-farmakologiske tiltak som alternativ til legemiddelbehandling. Noen stikkord for viktige forskningsområder er muskel-skjelettlidelser, kronisk sykdom, psykiatrisk sykdom, rus, medisinsk uforklarte tilstander, antibiotikabruk og -resistens, akuttmedisin, multimorbiditet, polyfarmasi, samt over- og underdiagnostikk.

3.3.3 Forskningsressurser for forebyggende tjenester, svangerskaps- og barselomsorg, (re)habilitering

CHARM, et nasjonalt nettverk av kjernemiljøer, ble etablert i 2011 ved UiO med finansiering fra Norges forskningsråd for å møte behovet for utvikling av (re)habiliteringstjenesteforskning. Forskningsrådets program Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL) har vært en viktig kilde til oppbygging av forskningen. Nettverket har stor betydning både sykepleiere, helsesøstre, jordmødre, fysioterapeuter og ergoterapeuter der også utdanningene forventes å være forskningsbasert.

At stadig flere høgskoler som utdanner disse yrkesgruppene er blitt universiteter med forskningskompetanse og forskerutdanning, gjør at forskning om kommunenes helse- og omsorgstjenester nå kan spille på langt flere institusjoner enn tidligere.

3.3.4 Forskningsressurser for tannhelse

Det er etablert regionale odontologiske kompetansesentre som har praksisnær forskning som en av sine oppgaver i tillegg til å være spesialistvirksomhet basert på henvisninger, særskilt knyttet til pasienter med rettigheter etter tannhelse-tjenesteloven. Videre gir kompetansesentrene fagstøtte, råd og veiledning til de fylkeskommunale tannklinikker og til annen tannhelse. Finansieringen av de regionale odontologiske kompetansesentre følger av ansvarsfordelingen mellom fylkeskommunene og staten. Fylkeskommunene finansierer lovpålagte oppgaver iht. Tannhelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til forskning og til kunnskapsformidling, fagstøtte, råd og veiledning som sentrene tilbyr tannklinikkene i regionen.

Nordisk institutt for odontologiske materialer er et nordisk samarbeidsorgan med norsk eierskap. Omlag 1 / 3 av budsjettet finansieres av Nordisk Ministerråd. I tillegg gis tilskuddsmidler til Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer. I løpet av 2019 vil departementet vurdere sammenstilling av disse to. Disse sentrene er en viktig del av nasjonale myndigheters forskningsinnsats på tannhelsefeltet. Deres forskning skal bidra til å understøtte nytten for tjenesten, pasienten og beslutningstakere i alle ledd.

3.3.5 Forskningsressurser for tverrfaglige tjenester

Når det gjelder de nasjonale og regionale forsknings- og kompetansesentrene er det del av samfunnsoppdraget å drive eller delta i praksisnær og praksisrelevant forskning og i relevante forskernettsverk innenfor aktuelt område. Som tilskuddsforvalter til de regionale sentrene, legger Helsedirektoratet føringer for å sikre brukermedvirkning og for samarbeid mellom sentrene i regionene. Helsedirektoratet som tilskuddsmyndigheter gjennomfører årlige regionale møter med sentrene.



3.4 Anbefalinger

Når det gjelder kommunenes nåværende rolle mht. til opplæring, utdanning og forskning, er dette regulert i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 8 (tekstboks):

Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

i

§ 8-1. Undervisning og praktisk opplæring

Enhver kommune **plikter å medvirke til** undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2. Videre- og etterutdanning

Kommunen **skal sørge for** at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Kommunen **skal medvirke til** at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

§ 8-3. Forskning

Kommunen **skal medvirke til og tilrettelegge for** forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For å få til en faglig utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mer likeverdig den vi har sett i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å undersøke og lære av de tiltakene i spesialisthelsetjenesten som har ført til gode resultater der. En slik utvikling av forskning og utdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester krever tiltak på mange ulike nivå:

- 1. Stortinget** må ta stilling til om kommunale helse- og omsorgstjenester, tilsvarende som spesialisthelsetjenesten, også skal ha forskning og utdanning som lovfestede oppgaver (les: «sørge for» oppgaver) og beslutte økonomiske rammer som muliggjør dette.³
- 2. Staten (HOD, KMD, KD)** må følge opp punkt 1 (se over) ved å sikre de økonomiske rammene til å finansiere helse- og omsorgstjenester i kommunene slik at rammen også inkluderer et synliggjort tillegg som skal gå til forskning og utdanning i og for kommunale helse- og omsorgstjenester (herunder tjenester med kommunale driftsavtaler), se også kap. 6.
- 3. Kommunene** må anerkjenne betydningen av, og sørge for, at forskning og utdanning (praksislærer/praksisplasser) kan inngå i arbeidsavtaler for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Relevant forskning og utdanning må gi uttelling ved tilsettinger og slik virksomhet må kunne bli regnet med i avtalefestet offentlig arbeidsmengde for fastleger med kommunal driftsavtale. Kommunene bør, som spesialisthelsetjenesten, inngå avtaler med UH- og instituttsektoren om delte stillinger mellom kommunale tjenester (herunder ansatte med kommunale driftsavtaler) og UH- og instituttsektoren og der forskning og/eller utdanning skal utgjøre en del også av den kommunale delen. Kommunene må stimuleres til økt bruk av ordningen med offentlig sektor ph.d. og denne ordningen må også gjøres tilgjengelig for ansatte med kommunale driftsavtaler.

4. Universitet, høyskoler og forskningsinstitutter må prioritere å styrke egne kjernemiljø med forskning rettet primært mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Styrkingen gjelder både kompetanse og kapasitet. Det må legges til rette for og prioritere delte stillinger mellom FOU-institusjonene og kommunale helse- og omsorgstjenester og samarbeide med aktuelle kommuner om dette.

5. UH- og instituttsektoren må samarbeide med kommunal sektor for å øke kommunal relevans i helseprofesjonsutdanningene. Profesjonsutdanningene må legge større vekt på den kommunale situasjonen i undervisningen, og omfanget av praksisundervisning i kommunale tjenester må økes.² Det må samarbeides om å etablere en nasjonal og flere regionale samhandlingsflater for å fremme, utvikle og gjennomføre FoU i kommunale helse- og omsorgstjenester.⁴

³ | Prop. 1 S (HOD) 2018-2019 heter det (s. 295) at KD fortsatt er i prosess for å «vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter».
⁴ Se også vedlegg 1

4. Dagens kunnskapssystem

KSF vurderer dagens system for forskning, utdanning og innovasjon i primærhelsetjenestene som en distribuert, fragmentert og løst koblet struktur. Der sykehusene er gitt sørge-for-ansvar for utdanning av helsepersonell og forskning (Lov om spesialisthelsetjenester § 3-8), er kommunenes ansvar å medvirke til undervisning av helsepersonell og medvirke og legge til rette for forskning (Helse- og omsorgstjenesteloven om § 8-3).

KSF har ikke hatt ambisjoner om eller mulighet til å gi en samlet beskrivelse av dagens omfattende kunnskapssystem i UH- og instituttsektoren. Imidlertid er det også her behov for styrket kompetanse og kapasitet for å møte forskningsbehovet i kommunene. Forskningsmiljøene ved universitet, høyskoler og institutt er og skal fortsatt være helt nødvendige ressurser for kunnskapsløftet i kommunene. Det er heller ingen målsetting at kommunene selv skal bygge opp strukturer som overflødiggjør eller som «konkurrerer» med institutt, høyskoler eller universiteter. Fordi KSF i den videre framstillingen har hovedfokus på kommunene, er innholdet i dette kapitlet derfor ikke uttømmende.

Det er bred enighet i målet om å realisere kunnskapsløftet, og KSF anerkjenner at et lovpålagt kommunalt sørge-for-ansvar for forskning, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten, ville vært et meget sterkt virkemiddel for å nå målet. Målet bør derfor på sikt antakelig være et lovhjemlet kommunalt sørge-for-ansvar. Dette er imidlertid et spørsmål som må utredes nærmere. Å starte oppbygging av kunnskapsløftet slik KSF anbefaler, må imidlertid ikke settes på vent i påvente av lovendringer. Arbeidet bør starte så snart som mulig, i første omgang basert på friske midler fra sentrale myndigheter og frivillige kommunale bidrag slik at man kan høste erfaringer av tiltakene, både fra kommunene og forskningssektoren.

«**Sørge-for-ansvaret**» betyr ikke at alle landets kommuner selv skal måtte ta ansvar for forskningen via eget forskningskompetent personale. Sørge-for-ansvaret betyr heller ikke at det i kommunal sektor er en målsetting å bygge opp en parallell og overlappende forskningsinfrastruktur motsvarende den som alt befinner seg på landets universitet og høyskoler. Imidlertid kan sørge-for-ansvaret ivaretas på mange andre ulike måter, for eksempel ved å inngå i nettverk av kommuner for forskningssamarbeid. Videre, gjennom å sørge for styrket samarbeid mellom kommuner og UH- og instituttsektoren blant annet via delte stillinger mellom kommunale tjenester og academia. Kommunene kan også bidra til relevant forskning ved å delta i utforming av forskningsprioriteringer og gjennom formulering av forskningsspørsmål for kommunale helse- og omsorgstjenester. Sørge-for-ansvaret handler også om å levere kvalitetssikrede data til forskningsprosjekter og om det å være aktive partnere i planlegging og gjennomføring av forskning. Når en eller flere kommuner initierer et forskningsprosjekt, er det avgjørende å sørge for samarbeid med et forskningskompetent fagmiljø så tidlig som mulig i prosessen for å sikre forskningsmessig kvalitet i planlegging og gjennomføring av prosjektet. Noen få kommuner vil ha slik kompetanse i kommunen. Sist men ikke minst handler sørge-for-ansvaret om det å ta i bruk og implementere forskningsbasert kunnskap i tjenestene.

En lovfestet plikt i form av et sørge-for-ansvar for å drive forskning for å styrke tjenestene, på lik linje med spesialisthelsetjenesten, vil kreve en lovendring av Kommunehelsetjenesteloven.

I kapittel 5 foreslås strukturer for et kunnskapsløft for kommunene. For å måle resultater av løftet, mener KSF at det også for kommunene vil være nødvendig med regelmessige sammenstillinger av ressursbruk til og resultater av forskning i primærhelsetjenestene. Det vises til årlige målinger av ressursbruk til forskning i helseforetakene (f.eks. NIFU rapport; 2018:27) der NIFU har «bidratt til å videreutvikle systemet i samarbeid med sektoren selv.»

4.1 Dagens kommunale system for forskning

Det er etablert få strukturer for kunnskapssystem for kommunene i dag. HO21-strategien gjør et poeng av at det må forskes i, for, om og med kommunene. Preposisjonene utgjør samlet et mål om mer involvering av kommunene. Strukturene som er bygget opp inkluderer i liten grad kommunene selv. Det finnes i beste fall noen interkommunale ordninger, men først og fremst er dagens systemer bygget opp utenfor kommunene, på regionalt og nasjonalt nivå. Den viktigste delen av kunnskapssystemet i dag utgjøres av landets universitet, høyskoler og forskningsinstitutter som KSF ikke har hatt kapasitet til å beskrive fullt ut.

4.2 Regionale strukturer

4.2.1 Kommunene

Vi har lite systematisk kunnskap om kommunenes interne ressursbruk, kompetanse og kapasitet for initiering og deltakelse i forskningsprosjekter. Kommunesektoren har selv hovedansvaret for kunnskapsbasert fornyingsarbeid i sine helse- og omsorgstjenester. Dette er ulikt organisert og dimensjonert i kommunene. De færreste kommunene har fokus på eget ansvar for å legge til rette for forskning på helse og omsorgstjenester, mens noen få kommuner arbeider systematisk med dette. KS er organisert med en egen FoU-ordning under Område for forskning, innovasjon og digitalisering, men denne ordningen er liten i omfang, og helse og omsorg er bare ett av mange tema som skal dekkes.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) støtter kommunalt utviklingsarbeid på særskilte områder ved årlig fordeling av en del av rammetilskuddet til kommunene og fylkeskommunene etter skjønn. Skjønntilskuddet fordeles mellom fylkeskommunene og fylkesmennene fordeler videre fylkesrammene mellom kommunene basert på retningslinjer fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, gjennom søknader fra kommunene. Det er svært lite av disse pengene som går til forskning.⁵

Utviklingssentre og Omsorgsforskningsentre

I alle fylker er det etablert utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, forkortet til USHT. Utviklingssentrene overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og bidra til å implementere nasjonale føringer. Det er ett utviklingssenter i hvert fylke. Én kommune er vertskommune, men utviklingssentrene skal bistå alle kommunene i fylket. Helsedirektoratet delfinansierer sentrene og gir årlige føringer for sentrenes aktivitet.⁶ Føringerne gjelder samarbeid med pasienter, brukere og pårørende, faglig omstilling i tjenestene, moderne hjemmebaserte tjenester, fornying og innovasjon. Målgruppene for utviklingssentrene er ledere og andre ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i eget fylke, først og fremst i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Utviklingssentrene er beskjedent bemannet, men har ambisiøse målsetninger, som å legge til rette for samarbeid og kunnskaps- og erfaringsdeling mellom kommunene i fylket. De skal også bidra til innovasjon og utvikling av kunnskapsbasert praksis, gjennom spredning av kunnskap, som nasjonale veiledere og retningslinjer. De skal videre medvirke til og tilrettelegge for forskning som er praksisnær og relevant for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er lite dokumentert i hvilken grad sentrene faktisk tilrettelegger til forskning, og evalueringer av dette er kritiske (se nedenfor). Ved noen få av sentrene er det medarbeidere med forskningskompetanse.

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/retningslinjer-for-skjonnstildeling/id546997/>

⁶ <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester#satsingsomr%C3%A5der>

Utviklingscenteret i Hordaland

i

Utviklingscenteret i Hordaland er lagt til Bergen kommune som vertskommune. Utviklingscenteret har 23 kommuner i sitt nedslagsfelt, og er bemannet med to stillinger, med et budsjett på 1.7 millioner. Utviklingscenterene er ulikt organisert i sine vertskommuner, men centeret i Hordaland er knyttet til Bergen kommunes satsing Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest.

Senteret jobber med kompetanseheving i tjenestene og implementerer ny kunnskap. Senteret samarbeider med Fylkesmannen og senter for omsorgsforskning. I 2018 ble det jobbet aktivt med Demensplan 2020, velferdsteknologi, innovasjon og pasientsikkerhet. Senteret har også fra 2018 fått et ansvar for mennesker med utviklingshemming i tillegg til sykehjem og hjemmetjenester.

Utviklingscenterene ble evaluert i 2015.⁷ I evalueringsrapporten er det en hovedobservasjon at de fleste utviklingscenterene genererer mye aktivitet, men at bare halvparten av kommunene har en samarbeidsrelasjon med utviklingscenter (gjelder særlig små kommuner). Utviklingscenter som ligger i store vertskommuner samarbeider ikke i stor grad med andre kommuner i sitt nedslagsfelt. Rapporten konkluderer med at det er forholdsvis nedslående forskningsresultater for utviklingscenterene. KSF kjenner til at noen av USHT-ene benyttes av noen forskningsmiljøer ved gjennomføring av studier. Samtidig har de mange ulike oppgaver og begrensede ressurser.

En gjennomgang/kartlegging fra 2013, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, konkluderte med at det «ikke er entydig hva som er kunnskaps- og kompetansesentrenes samfunnsoppdrag», og at sentrene er preget av mangel på overordnet tenkning og koordinering.⁸ I en senere delrapportering fra samme oppdrag drøftes bl.a. virkemidler for å møte disse og andre påpekte utfordringer ved kunnskaps- og kompetansesentrene. Her tas bl.a. forholdet mellom sentrene og kommunesektoren opp.⁹ Kommunesektoren er en viktig målgruppe for sentrenes aktiviteter, men konklusjonen i delrapporteringen er likevel entydig negativ:

«Kunnskaps- og kompetansesentrene har i begrenset grad oversikt over kommunenes behov for kunnskap og kompetanse, og det må være samsvar mellom sentrenes tilbud og praksisfeltets behov. Det finnes per i dag lite systematisert kunnskap om kunnskaps- og kompetansesentrene faktisk møter målgruppenes behov og i hvilken grad målgruppene er tilfreds med det tilbudet de får. Det bør etableres rutiner eller systemer som ivaretar dette» (sitat fra s. 9).

4.2.2 Regionale forskningsfond

De regionale forskningsfondene (RFF) skal mobilisere til økt FoU-innsats og styrke forskning for regional innovasjon og utvikling. Fondene har en bred innretning tematisk, der helse og omsorgstema er inkludert. RFF-ene skal støtte opp under regionens prioriterte innsatsområder og skal bidra til langsiktig, grunnleggende kompetansebygging i relevante forskningsmiljøer. Målet er å utvikle gode og konkurransedyktige forskningsmiljøer i alle fylker. Som vist i kapittel 5, er bare

⁷ Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2015 <http://www.hica.no/extension/hica/design/hica/images/nibr/files/filer/Samarbeidsrapport%20NIBR-NIFU%202015.pdf>

⁸ Gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Delrapport 1. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 06.09.2013.

⁹ Gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Delrapport 2. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 14.03.2014.

en liten andel av aktiviteten støttet av RFF rettet mot helse og omsorg i kommunene.

4.2.3 Nasjonale strukturer

I HO21-strategien ble det bl.a. foreslått å utvikle en helhetlig instituttsektor for kommunene gjennom en videreutvikling av de av dagens kompetanse-, kunnskaps-, utviklings- og forskningscentre som er innrettet mot kommunenes behov. Som et ledd i å utrede denne muligheten har Forskningsrådet utarbeidet en utredning av 16 sentre som i hovedsak har forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som oppgave. Blant sentrene som ble utredet finner vi de fem sentrene for omsorgsforskning, de allmennmedisinske forskningsenhetene (Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø) og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). I korte trekk – og med visse forbehold om svært uensartet rapporteringspraksis fra sentrene – antyder Forskningsrådets utredning bl.a. at sentrene har for uensartede samfunnsoppdrag til å inngå i en helhetlig instituttstruktur for kommunene. Sentrene er dessuten gjennomgående små mht. antall årsverk: Gjennomsnittlig antall faglige årsverk ved sentrene er 5,1 – langt under det retningsgivende kravet om minimum 20 faglige årsverk. Det eneste unntaket er NKVTS, som har nærmere 50 faglige årsverk. Det er også gjort et forsøk på å registrere publiseringspoeng pr. faglige årsverk ved sentrene, men dette viste seg vanskelig pga. altfor sprikende rapporteringspraksis. Det vurderes videre at om lag 60 prosent av sentrenes samlede inntekter er overføringer fra HOD/Helsedirektoratet – langt høyere enn ordningene som gjelder for den eksisterende instituttarenaen.

Helsedirektoratet forvalter en omfattende tilskuddsordning også for kommunene. Midlene fordeles til formål med stor tematisk bredde. Helsedirektoratets samfunnsoppdrag er bl.a. knyttet til å være faglig rådgiver på helse- og omsorgsområdet. Dette skjer blant annet gjennom sammenstilling av kunnskap og utvikling av helse- og omsorgstjenestene, som skal føre til nasjonalt normering, bl.a. gjennom nasjonale retningslinjer og veiledere.

Helsedirektoratet forvalter ingen særskilte stimuleringsordninger eksklusivt innrettet mot forskning. Finansieringssystemet for forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten er nå i endring, med overgang til en mer resultatbasert finansiering. Dette medfører at forskningsdelen av dagens finansiering av sentrene vil bli overført fra Helsedirektoratet til Norges forskningsråd fra 2020. Det er videre innført krav om at de sentrene som driver med forskning fra og med 2018 skal rapportere vitenskapelige publikasjoner til databasen Cristin, i tråd med etablerte nasjonale rapporteringsrutiner for vitenskapelig publisering.

Gjennom det normerende arbeidet er Helsedirektoratet bruker av forskningsbasert kunnskap, bl.a. gjennom et samarbeid med Folkehelseinstituttet. Som del av iverksetting av handlingsplaner og faglig utviklingsarbeid er Helsedirektoratet bestiller av følgeforskning.

4.2.4 Folkehelseprofiler for fylker, kommuner og bydeler

Folkehelselovens §§ 5 og 21 gir Folkehelseinstituttet et særskilt oppdrag å gjøre tilgjengelig opplysninger som viser folkehelseprofiler for de enkelte kommuner og fylkeskommuner. Statistikken tilgjengelig gjøres i form av folkehelseprofiler samt i statistikkbankene KommuneHelse og Norgeshelse. Folkehelseprofilene er unike firesiders rapporter for hvert fylke, hver kommune og for hver bydel i Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim. De publiseres årlig, og presenterer noen hovedtrekk/nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Nøkkeltallene er valgt ut fra et forebyggingspotensial og kjente folkehelseutfordringer. I et «folkehelsebarometer» kan man se hvordan fylket/kommunen/bydelen ligger an i forhold til landet på de utvalgte indikatorene. Dataene i folkehelseprofilene hentes fra sentrale registre og fra befolkningsbaserte helseundersøkelser med data på kommunenivå. Hvert år belyses et spesielt utvalgt tema som er relevant for folkehelsearbeidet lokalt. Folkehelseprofilene er ment å skulle brukes i planarbeid lokalt, og er utarbeidet slik at de skal være lett forståelige og nyttige for de ulike sektorene. Folkehelseprofilene har blitt godt mottatt, og er med på å sette folkehelse på agendaen lokalt. Funn i slike folkehelseprofiler kan også danne utgangspunkt for forskning.

¹⁰ Utredning av ulike scenarier for sentre som i hovedsak har forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene som oppgave. Forskningsrådet, 15.03.2016.

4.2.5 Kunnskapsoppsummeringer i og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Mens det i spesialisthelsetjenesten er etablert et nasjonalt system for kunnskapsbaserte beslutninger om innføring av nye metoder og utfasing eksisterende (uvirksomme) metoder, er det i dag ingen nasjonale systemer for å støtte kommunene med et kunnskapsunderlag for beslutninger og prioriteringer innen helse- og omsorgstjenestene.

Kommunene vil neppe enkeltvis ha ressurser eller kompetanse til å etablere et eget system for kunnskapsstøtte for beslutninger og prioriteringer. Dessuten vil mange prioriteringer og beslutninger være felles på tvers av kommunene. Det er u hensiktsmessig at innsamling av informasjon skal gjøres i hver enkelt kommune, selv om de endelige beslutningene skal fattes lokalt.

Folkehelseinstituttet leverer kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger til flere velferdsdirektorater, til systemet «Nye metoder» for spesialisthelsetjenesten og andre. Det er etablert et samarbeid mellom Bergen kommune, kommunene

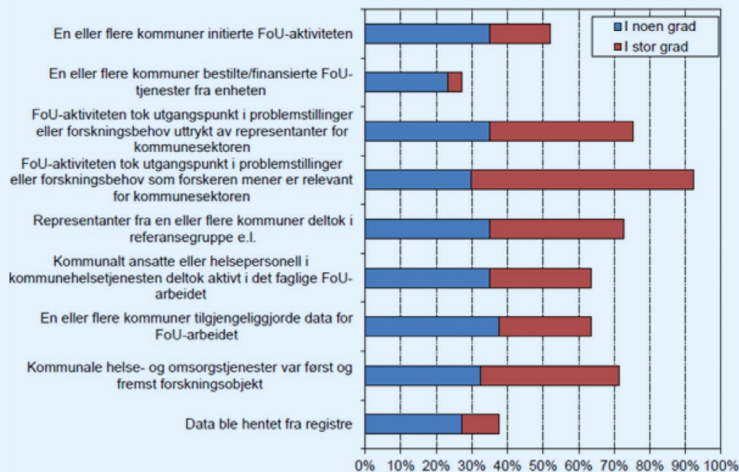
i Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest og Folkehelseinstituttet for å gjennomføre en modellutprøving for bestilling, levering og bruk av kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger i kommunenes beslutninger og prioriteringer. Pilotprosjektet vil gjennomføres i 2019 med en ambisjon om videreføring og utvikling av et kunnskapssystem for norske kommuner.

4.2.6 Resultater av dagens system

Det er mye som tyder på at dagens fragmenterte kunnskaps-system for primærhelsetjenestene ikke fungerer godt nok. Dagens strukturer er bygget opp ved at bestillingene initieres av andre enn kommunene selv og uten tilstrekkelig involvering og initiativer fra kommunene selv. NIFU-rapport 2016:32 viser at kommunene selv i liten grad initierer, bestiller eller finansierer forskning. Kommunene definerer i for liten grad forskningstema selv, og kommunene deltar lite på styringsarenaer for prioritering av forskning. NIFU har i sine spørsmål henvendt seg til UH- og instituttsektoren og bedt om deres anslag, Figur 4.1.

Figur 4.1

Kommunenes rolle i FoU-aktivitet knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester som vurdert av 77 enheter ved universitet, høyskoler, institutt mv.



NIFU-rapport 2016:32, s 52

Det foreligger ikke systematisk kunnskap om kommunale kunnskapsklyngedannelser eller ulike kommuners grad av samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjoner. En viktig kontakflate mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og akademia utgjøres imidlertid av at mange tilsatte i UH-sektoren deler sin arbeidsdag mellom akademisk stilling i UH-sektoren og klinisk praksis i kommunene. I universitetskommuner med medisinske fakultet, er det for eksempel vanlig å kombinere deltidsstilling som fastlege med en stillingsbrøk på en universitets- eller instituttenhet for allmenntidisin. Slike delte stillinger mellom kommunale tjenester og akademia er en viktig ressurs for forskning i kommunale helsetjenester.

NIFU-rapport 2016:32 viste til at en del forskningsinstitusjoner har inngått avtaler om forskning med kommuner, men det

fremkommer ikke hvilke typer avtaler som foreligger. Dette kan være overordnede samarbeidsavtaler, men også avgrensede avtaler knyttet til et konkret forskningsprosjekt. Det finnes ikke data på antall kommuner som har slike formelle overordnede avtaler om forskning, utdanning og innovasjon. Det finnes heller ikke data på omfang og typer interkommunale grupperinger med forskning, utdanning og innovasjon som målsetning.

KSF inviterte to formaliserte interkommunale klynger til å presentere sitt arbeid på møte 24. januar 2018: Agderkommunene (teknologi/innkjøpssamarbeid) og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest (kunnskapssamarbeid).

Agderkommunene samarbeider om teknologiutvikling og innovasjon:

Regional koordineringsgruppe (RKG), Agder

Agder består av 30 kommuner med over 300 000 innbyggere. For å imøtekomme fremtidens krav til nye tjenester med tilhørende infrastruktur innenfor eHelsefeltet, besluttet kommunene i Agder i januar 2016 at man ønsket å ha en felles og helhetlig tilnærming ved innføring og anvendelse av velferdsteknologiske løsninger på tvers av kommunene i Agder. Forankret i Regionplan Agder, etablerte kommunene i Agder en ny felles strukturell ramme for interkommunal innovasjon og samhandling-gjennom etableringen av Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder (RKG). Denne strukturen er et nettverk av helseledere som representerer de 5 kommuneregionene i Agder. Nettverket har knyttet til seg IKT-fagmiljø. RKG har gjort det mulig å gjennomføre en av Norges største anskaffelser av trygghets- og varslingsteknologi, samt etablert det offentlig- offentlig samarbeidet «kommunalt responscenter». RKG koordinerer «Innføring av velferdsteknologi Agder» for å gjennomføre en samtidig innføring og en helhetlig utvikling av velferdsteknologi i samtlige kommuner på Agder innen 2020. Det omfatter innføring av eHelse i tjenestene, beskrivelse av endrede tjenesteforløp, planer for gevinstrealisering og felles kunnskapsbasert saksgrunnlag for administrativ og politisk behandling i alle kommunene. RKG koordinerer også det samtidige kompetanseløftet innen eHelse i Agder, det samarbeides med USHTene om dette oppdraget.

Kristiansand kommune er referansekommune for Én innbygger – én journal og alle Agderkommunene er invitert med. Arbeidet koordineres gjennom RKG som tar felles ansvar for relevante søknadsprosesser (fylkesmannens utlysninger, nasjonale program) på vegne av kommunene/helsenettverkene i Agder.

Den regionale strukturen er en organisatorisk ramme for å etablere felles strategi og systematikk ved gjennomføring av program/tiltak og legge til rette for innovasjoner innen eHelse i kommunesektoren. Det er planer om å etablere RKG «Folkehelse- og levekår» og RKG «Klima» - etter modell fra RKG e-helse. Strukturen er robust for andre oppgaver, det er også initiativ til å benytte prinsippene bak RKG-strukturen som base for et RKG for forsknings- og utviklingsarbeid, både innen ulike sektorer og generelt.

i

Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest – som ledes av Bergen kommune, samarbeider om forskning, utdanning og forskningsbasert innovasjon:

Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest–samarbeidet

i

Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest–samarbeidet er et formalisert samarbeid om forskning, utdanning og innovasjon. Bergen kommune leder kunnskapsklyngen, der totalt 11 kommuner deltar i et forpliktende samarbeid. I tillegg til de 11 kommunene inngår også Universitetet i Bergen, Høgskolen på Vestlandet, Uni Research Helse, Folkehelseinstituttet, Haraldsplass diakonale sykehus og Helse Bergen i samarbeidet. Bergen kommune har inngått formelle femårige avtaler med alle de 16 partnerne i Kunnskapskommune-samarbeidet. Samarbeidet har etablert en nettbasert plattform der alle som ønsker kommunal deltakelse i forskning kan søke om kommunal deltakelse, og møter der alle 11 kommunene.

Bergen kommune arbeider også systematisk med bilateralt samarbeid med forskningsinstitusjonene og har inngått flere konkrete avtaler om gjensidige bistillinger med UiB, og bistillinger ved HVL.

Noen fakta og nøkkeltall:

- Bergen kommune har en egen politisk behandlet Plan for forskning, utdanning og innovasjon, som har som mål at kommunen benytter 0,1 % av helse og omsorgsmidlene til forskning (ca. 7 mill).
- En opptelling i 2017 viste en forskningsportefølje der kommunene var formelle samarbeidspartnere på prosjekter som summerte seg til 137 mill.
- En opptelling i 2016 i Bergen kommune viste 34 med Ph.d, og fem med professorkompetanse.
- Per oktober 2018 har Bergen kommune to gjensidige bistillinger med UiB, og en tredje er i inngåelse. Det er prosesser om inngåelse av bistillinger med Høgskolen på Vestlandet. Det er aktivt samarbeid mellom Bergen kommune og Folkehelseinstituttet på flere områder, blant annet pilotering av kunnskapsoppsummeringer.
- Det er mottatt finansiering for tre aktive offentlig ph.d innen helse og omsorg, og Bergen kommune har mottatt forprosjektmidler fra Forskningsrådet for en folkehelse-satsing i programmet FORKOMMUNE.
- Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest jobber tett sammen med UiB om deres satsing Alrek Helseklynge, som er i byggefase og som åpner i 2020. Alrek er en unik satsing som samler flerfaglige akademiske miljøer med en primærhelsetjenesteprofil, og Bergen kommune flytter tjenester og utviklingsmiljø til klyngen.

Stavanger kommune er også engasjert i et relativt omfattende forsknings- og innovasjonsarbeid:

Forskning og innovasjon i Stavanger kommune

i

Utvikling av nye løsninger krever fornyet kunnskap om de kommunale tjenestene. Forskning, innovasjon og utviklingsarbeid er sentralt i dette arbeidet.

Forskning

- Kommunen er i dag prosjekteier for to pågående ph.d.-prosjekter som forventes ferdige i løpet av 2019. Det ene er i helse og velferd og det andre innenfor skoleområdet. Ordningen videreføres og målet er at det etableres to nye ph.d.-prosjekter i kommunal regi i løpet av de neste fire årene
- Bystyret i Stavanger har opprettet et fond på kr 10 mill. til forskning på de komplekse behovene og tjenestene til mennesker med rus og psykiske lidelser (ROP). Målsettingen er å utvikle nye måter å gi tjenester til disse brukerne på, og identifisere juridiske og organisatoriske hindringer for å gi nødvendig og tilstrekkelig hjelp. Prosjektet skal utvikles i samarbeid med et forskningsmiljø, og forventes å strekke seg over 2-3 år fra oppstart i 2019.
- Helsehuset er Stavanger kommunes innovasjonsverksted og en arena for forskning og utprøving av nye måter å jobbe på. Det kommunale ph.d.-prosjektet «Frisklivssentralen under lupen» er knyttet til Helsehuset. I tillegg har Helsehuset en ph.d.-stipendiat som forsker på ressursbruk og sykdomsforløp ved demens, i samarbeid med Helse Stavanger og Sykehuset Innlandet og en medforsker i prosjekt SAFE LEADS, Universitetet i Stavanger sitt prosjekt om pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten.
- IKART er et tverrfaglig rehabiliteringsteam med spesialisert kompetanse som skal bistå alle de 18 kommunene i Helse Stavanger sitt nedslagsfelt. Stavanger kommune er vertskommune. I 2019 skal det etableres et FoU-prosjekt knyttet til evaluering av prosjektet, for å undersøke om ambulant rehabilitering i kommunene fremmer brukerinvolvering og ivaretar samhandling mellom sykehus og kommuner.
- Leve HELE LIVET er navnet på Stavanger kommune sin strategi for at flest mulig har et aktivt liv og klarer seg selv best mulig. Stavanger kommune samarbeider med Universitetet i Stavanger om å knytte forskning til Leve HELE LIVET for å undersøke hvilke effekter satsingen har på individ- og gruppenivå.

Innovasjon

- Stavanger kommune har siden 2014 satt av 5 mill. kroner per år til innovasjons- og utviklingsprosjekter. Innovasjonsmidlene er et godt verktøy for utprøving av nye måter å jobbe på i kommunen.
- Innovasjonspartnerskapet mellom Stavanger kommune, Innovasjon Norge, Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) og Leverandørutviklingsprogrammet er Norges første knyttet til helseområdet. Innovasjonspartnerskapet har tatt utgangspunkt i Leve HELE LIVET-tilnærmingen. De to produktene som er valgt for utvikling – smartrullator og aktiviseringsrobot – skal bidra til å øke aktivisering og egenmestring for brukere på korttidsopphold i sykehjem. Utviklingen ferdigstilles i 2019.

Disse eksemplene dekker en liten andel av landets kommuner. Noen kommuner kan vise til formelle avtaler med universiteter og høyskoler, og det er grunn til å særlig trekke fram de store kommunene som er vertskapskommuner for de medisinske fakultetene. Trondheim kommune og Oslo kommune har for eksempel hatt mangeårig samarbeid med universitetene som de er vertskommuner for, og kommunene har vært aktive bestillere av forskningsprosjekter.¹¹

Selv om de fleste kommunene ikke deltar i interkommunale grupperinger om forskning, utdanning og innovasjon og i liten grad initierer forskning og ikke er aktive forskningsaktører, finnes det gode eksempler på ambisiøse kommuner med gode resultater. Men en formalisert struktur for et kunnskapsløft for kommunene er nødvendig for å få dette til i større skala.

4.3 System for forskning i spesialisthelsetjenestene

NIFU evaluerte forskning i spesialisthelsetjenesten på slutten av 1990-tallet og konkluderte med at forskning ble nedprioritert og det også var en nedadgående trend i klinisk forskning. Med bakgrunn i dette, etablerte Helsedepartementet et eget prosjekt for å utvikle indikatorer for måling av forskningsresultater (vitenskapelige publikasjoner og avlagte doktorgrader) i regi av NIFU, og introduserte nasjonal måling av forskningsaktivitet i RHFene fra 2002.

Norges forskningsråd etablerte samtidig ved årstusenskiiftet et program for klinisk forskning, og øremerket innenfor dette programmet 1 mill kr til «Senter for klinisk forskning» ved hvert av de fire regionsykehusene. Organiseringen var ulik. I Oslo ble senteret organisert i egen forskningsenhet på Ullevål sykehus, i Tromsø ble senteret lagt til kvalitetsavdelingen i sykehuset, i Trondheim ble senteret lagt til NTNU (Universitetet) gjennom enhet for anvendt klinisk forskning, og i Bergen ble det lagt til Forsknings- og utviklingsavdelingen på Haukeland Universitetssykehus.

Forskning i spesialisthelsetjenesten ble en av fire lovpålagte oppgaver for spesialisthelsetjenesten i 1999 i Lov om spesialisthelsetjenesten. Forskning som en lovpålagt oppgave

Forsknings- og innovasjonsfond i Bærum kommune

i

Bærum kommune har siden 2014 gjennomført systematisk arbeid med innovasjon i kommunen. Gjennom strategier og årlige handlingsplaner har kommunenes tjenester utviklet innovative løsninger. Sentralt er å finne nye måter å møte behovene i tjenestene med vekt på velferdsområdet.

I 2017 etablerte kommunen et forsknings- og innovasjonsfond med 10 mill. kr årlig til FOU-prosjekter, interne innovasjonsprosjekter og samarbeid med sosiale entreprenører. Gjennom fondet kan kommunen søke midler fra bl.a. Forskningsrådet og samarbeide med universitet og høyskoler om utforming og gjennomføring. «Forske med» og «ikke forske på» er sentralt i våre prosjekter hvor forskning også kan følge FOU-prosessene.

Det første FOU-prosjektet er «Demenslandsby med samskaping.» Fra 2020 skal Bærum starte opp en landsby for personer med demens og forbereder nå oppstart bl.a ved å ta i bruk tjenstedesign med sikte på samskaping av det nye tilbudet i nært samarbeid med beboere og pårørende.

«Samhandling og kommunikasjon i digitale omsorgstjenester» hvor kommunen ønsker gi brukere og pårørende forutsigbarhet i møtet med en hverdag hvor digitale løsninger og velferdsteknologi tas i bruk.

Kommunen skal også etablere PHD-utdanning på utvalgte områder i kommunen.

De siste årene er det særlig to programmer/satsninger i regi av Forskningsrådet som har vært rettet mot offentlig sektor/kommunesektoren:

FORKOMMUNE, Forskning og innovasjon i kommunesektoren, ble etablert i 2017 for å gi forskningsstøtte til kommunale innovasjonsprosjekter. Kommunene eier og styrer prosjektene, mens forskningsmiljøene utvikler kunnskap og forståelse for innovasjonsbetingelsene i kommunesektoren og bygger et bedre kunnskapssystem for kommunal innovasjon. Tradisjonelt har midler fra Forskningsrådet kun gått til forskningsinstitusjonene, men i FORKOMMUNE finansieres også kommunesektorens innsats. Siden oppstarten har FORKOMMUNE bevilget midler til 33 prosjekter, hvorav 25 har vært mindre forprosjekter. Kun ett av disse forprosjektene har vært innen helse/omsorgsfeltet («Kunnskapsbasert folkehelsearbeid kommunen»). I 2018 delte programmet ut midler til de 8 første hovedprosjektene. Ingen av disse er innen helse/omsorgsområdet (men flere tangerer kommunal tjenesteproduksjon innen *velferdsfeltet*).

OFFPHD, Offentlig sektor ph.d., ble etablert i 2014. Satsningen tar sikte på å øke langsiktig og relevant kompetansebygging og forskningsinnsats i offentlige virksomheter, økt forskerrekuttering i offentlig sektor og økt samspill mellom academia og offentlig sektor. Pr. oktober 2018 er det bevilget midler til 104 prosjekter/kandidater. Litt over halvparten av kandidatene kommer fra kommunal sektor. 13 av prosjektene som har kandidat fra kommunal sektor har helse/omsorg som tema (bl.a. legemiddelbruk hos sykehjemsbeboere, helsestasjonstjenester, hverdagsrehabilitering, demens, mv).

ble senere nedfelt i helseforetaksloven (2001) som en av fire lovpålagte oppgaver for helseforetakene. Det ble samtidig utformet en strategi som anbefalte som målsetting at 5% av ressursene i helseforetakene burde avsettes til forskning. Fram til og med 2003 ble det gitt et regionsykehustilskudd som skulle gi regionsykehusene et økonomisk grunnlag slik at de kunne ivareta ansvar for drifts- og infrastrukturkostnader knyttet til de særskilte oppgavene som disse sykehusene hadde, deriblant forskning.¹²

På bakgrunn av St. meld. nr. 5 (2003-2004) ble regionsykehustilskuddet avviklet i 2004. En arbeidsgruppe i regi av HOD anbefalte at det skulle etableres et delvis resultatbasert finansieringssystem for forskning i helseforetakene, som et insentiv for å øke forskningsaktivitetet. For å følge opp rapporten, ble om lag 0.5 % av midlene som tildeles de regionale helseforetakene, totalt 370 mill. kroner, trukket ut av rammen til de fire regionale helseforetakene og etablert som et eget øremerket, delvis resultatbasert tilskudd til forskning (St.prp.nr. 1 (2003-2004)). Midlene ble fordelt med 40 % basistilskudd (fordelt flatt), og 60% omfordelt mellom de fire regionale helseforetakene basert på et 3-årig gjennomsnitt av de etablerte resultatindikatorerne for forskning (NIFU). Formålet var å øke forskningsaktiviteten i sektoren, som den gangen ble vurdert å være for lav i forhold til sykehusenes kunnskapsbehov. Indikatorerne for det øremerkede tilskuddet er videreutviklet og samordnet med tilsvarende indikatorer i UH-sektoren, og består i dag av indikatorer for vitenskapelig publisering, avlagte doktorgrader og ekstern finansiering fra hhv. EU og Forskningsrådet. Departementet vurderer innføring av ytterligere to indikatorer for hhv kliniske studier og innovasjon (Kap 732, post 78 i Prop. 1 S 2018-19).¹³ Midlene tildeles de fire RHF-ene. Det er ikke lagt føringer fra departementet for hvordan de regionale helseforetakene skal velge finansieringsmodell for forskning i helseforetakene. De regionale helseforetakene har selv besluttet å utlyse midlene regionalt etter fagfelleevaluering, fremfor å tildele dem direkte til forskningsmiljøene eller Helseforetakene. Instruksen om samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og universitetene, gir føringer for at midlene skal fordeles av styret i de regionale helseforetakene, eventuelt kan styret delegere dette til det regionale samarbeidsorganet.

¹² <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/rapporta14727.pdf>

¹³ <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/rapporta14727.pdf> (2018-2019??)

Finansieringsordningen har vært positivt evaluert (SINTEF, 2010; Magnussen, 2015). Alle RHF prioriterer ytterligere midler til forskning over sin basisbevilgning. NIFU evaluerte i 2013 tildelingsprosessen i Helse Sør-Øst RHF. Hovedkonklusjonen er at prosessen fungerer bra, er meget effektiv og foregår på en forsvarlig og habil måte. Sett fra kommunene, UH- og instituttsektoren er det imidlertid en ulempe at forskere må være tilsatt i RHF/HF-systemet for å kunne søke om forskningsmidler.

Måling av forskningsressurser

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) utarbeider på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet annethvert år en publikasjon om ressursbruk til forskning i helseforetakene. Rapporteringen inngår som en del av den ordinære FoU-statistikken. Ressursbruken omfatter alt av ressurser som finansierer forskerstillinger, klinikere, støttepersonell, infrastruktur, bygg mv. samt eksternfinansiert forskning. Rapporten omfatter således langt mer enn de utlysbare forskningsmidlene. De seks universitetssykehusene står for om lag fire femtedeler av den samlede ressursinnsatsen til forskning og tilsvarende andel av forskningsårsverkene i sektoren. Hovedtyngden av forskningen er pasientrettet forskning for å utvikle og dokumentere effekt av ny diagnostikk og behandling, og for å kvalitetssikre behandlingstilbudet.

Ved etableringen av de regionale helseforetakene, ble det utformet en instruks om samarbeidet mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler om forskning og utdanning. Instruksen er forankret i vedtektene til de regionale helseforetakene. Etablering av samarbeidsorganer mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler er nedfelt i instruksen. Det ble opprinnelig lagt føringer for felles samarbeidsorgan mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler som skulle følge opp både forskning og utdanning. Regionene valgte imidlertid ulik organisering, slik at instruksen siden ble endret til å åpne for å etablere separate samarbeidsorgan for hhv. forskning og utdanning, og separate samarbeidsorgan for samarbeid med hhv. universitetene og høyskolene.

Samarbeidsorganene ble tillagt en rolle i fordeling av de øremerkede midlene. Men det er fremdeles styret i samarbeidsorganet som er ansvarlig for fordeling av midlene, for å understøtte forskning i eget regionalt helseforetak.¹⁴ Samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet og høyskoler gjennomfører prosessen for utlysning og foreslår fordeling av de øremerkete midlene som kommer over statsbudsjettet før formelle vedtak om tildeling fattes i styrene i de regionale helseforetakene. I flere av regionene har styret delegert beslutning om tildeling til samarbeidsorganet, slik det åpnes for i instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene om samarbeid med universiteter og høyskoler.¹⁵ Det er etablert samarbeidsorgan og tilhørende sekretariat i alle de fireregionale helseforetakene.

Gjennom utvikling av søknadsskjemaet eSøknad, eVurdering og eRapport er det stor åpenhet og profesjonell administrasjon av hele søknadsprosessen. Det er klare kriterier for evaluering og prioritering av midlene, i hovedsak knyttet til kvalitet og relevans. Dette gjøres på noenlunde samme måte i de ulike regionene. Se vedlegg 4 for et eksempel fra Helse Vest RHF.

I tillegg gjennomfører noen regioner en årlig regional konferanse dedikert til forskning eller utdanning (annethvert år) som en regional samhandlingsarena. Formålene med forskningen har endret seg noe over tid, selv om det overordede målet står fast:

«Forskning er en lovpålagt oppgave for sykehusene. Alle sykehus er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Forskning er viktig for å bidra til ny kunnskap og kompetanse- og kvalitetsutvikling i sykehusene. Sykehusene har en særskilt rolle i den kliniske og pasientrettede behandlingssykningen» (Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019).

Mens departementet i bl.a. budsjettproposisjonen vektla både grunnforskning og translasjonsforskning i tillegg til klinisk forskning, har det vært en dreining i styringssignalene for å understøtte at forskning skal være en integrert del av behandlingstilbudet i alle sykehus.

Med sin kompetanse og erfaring fra pasientbehandling og diagnostikk har sykehusene et hovedansvar for den pasientrettede kliniske forskningen i sykehus. Forskningen foregår ofte som en del av pasientbehandling og innen problemstillinger som ikke ivaretas av industrien. Forskningen kan omfatte problemstillinger som understøtter krav til pasientsikkerhet (f.eks. riktig bruk av medisinsk teknisk utstyr og IKT), kvalitetsutvikling (f.eks. langtidsbivirkninger etter kreftbehandling gjennom bruk av kvalitetsregistre) og problemstillinger eller pasientgrupper som ikke prioriteres av industrien eller andre forskningsaktører, men der tjenesten ser at det er behov for utvikling av ny behandling. Det meste av kunnskapsutviklingen skjer internasjonalt. Egen forskningsaktivitet i sykehusene gjør at helsepersonell raskere kan tilegne seg og forstå ny kunnskap, og ta denne i bruk nasjonalt. Selv om Norge er et lite land, har vi medisinsk forskningskompetanse i verdensklasse. Forskning knyttet til diagnostikk og pasientbehandling i primærhelsetjenesten (for eksempel overfor problemstillinger som ikke medfører sykehusinnleggelse) må imidlertid skje i primærhelsetjenesten – hvor man ikke har tilgang til spesialisthelsetjenestens forskningsressurser.

Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017 (NIFU 2018: 27) oppsummerer nasjonale nøkkeltall for forskning. Helseforetakenes rapportering på de regionale forskningsmidlene inkluderer fordeling på helsekategorier (fagområder) og forskningsaktivitet, klassifisert ved Health Research Classification System (HRCS). Kreftforskning er det fagområdet som rager på toppen med over 200 millioner kroner i 2017. Rapporten viser oversikt over antall vitenskapelige artikler og antall avlagte doktorgrader helt tilbake til 2006. Antall unike publikasjoner øker fortsatt, og det totale antallet er for 2017 over 4 000, som er dobbelt så mange som i 2006. Antall avlagte doktorgrader øker også, og over 300 doktorgrader ble avlagt i 2017. Det er flest kvinner som disputerer. Se vedlegg 5.

Nasjonale samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) er en rådgivende overbygning som skal sikre samordning innen forskning, forskningsinfrastruktur og innovasjon i spesialisthelsetjenesten. NSG er sammensatt av

medlemmer fra sykehusene, universiteter, Universitets- og høyskolerådet, og brukerrepresentant. Representanter fra departementer (HOD og KD), Norges Forskningsråd og Folkehelseinstituttet er observatører i NSG. Lederskap og sekretariat går på omgang mellom regionene, i samarbeid mellom det medisinske fakultetet i regionen og RHF-et. Et viktig tiltak for NSG har vært etablering av nasjonale forskernettverk innen utvalgte fagområder, etter modell fra National Institute of Health Research (NIHR) i England. Formålet har vært å styrke forskningssamarbeidet på tvers av sektorene og regionene, og det er tildelt om lag 1-2 mill kr fra de ulike aktørene til drift av nettverkene. Disse evalueres etter 3-5 år.

5. Forslag til struktur for kunnskapsløftet i kommunene

5.1 KSFs forslag til en modell for kunnskapsløft for kommunene

KSF er gitt i oppgave i sitt mandat å «Gi råd om en hensiktsmessig organisering (mandat, antall, organisering mv.) av regionale samarbeidsorganer for forskning, innovasjon og utdanning, og delta i å etablere disse samarbeidsorganene». Det beskrives også et nasjonalt nivå som skal «Koordinere de regionale samarbeidsorganene (når disse er etablert) med sikte på å sikre best mulig samordning av og unngå overlapp (redundans) mellom kommunenes, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats» KSF presenterer i dette kapittelet et forslag til et kunnskapssystem i form av nasjonale og regionale strukturer, med hovedvekt på forskning. Denne begrensningen er begrunnet i intermorganets korte virketid, og avgrensningen er avklart med HO21-rådet i møter. KSF har likevel antydnet at innovasjons- og utdanningsaktivitet også kan inngå i systemet.

Kommunene eier de primære helse- og omsorgstjenestene. KSF mener at kommunene derfor må være en hovedmotor i strukturen for kunnskapsløftet. De kommunale tjenestene har behov for et styrket kunnskapsgrunnlag både for å løfte kvaliteten i tjenestene og for å kunne prioritere riktig i sektorer under tiltakende økonomisk press. Samtidig understreker KSF at et kunnskapsløft i kommunene forutsetter stabile og robuste strukturer både på et regionalt og nasjonalt nivå. Dette forutsetter også en styrking av de relevante forskningsinstitusjonene som har sin forskning rettet mot kommunal sektor.

Hagen-utvalget påpekte allerede i 2011 det uforsvarlige ved å drive en offentlig omsorgssektor som ikke avsetter deler av driftsbudsjettet til forskning, utvikling og innovasjon. Behovet

for et kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester har vært beskrevet i flere senere offentlige dokumenter der ambisjoner for et kunnskapsløft er satt. Stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* fra april 2013 har tydelige ambisjoner: «Omsorgssektoren må utvikle systemer som sikrer at ny kunnskap tas i bruk dersom forskning bekrefter dens berettigelse» (Meld. St 29, 2013: 85). Og «Omsorgssektoren må få sitt eget kunnskapsgrunnlag for å sikre disse tjenestenes kompleksitet og egenart», samt «For å sikre spredning og implementering av ny kunnskap, er det behov for å videreutvikle arenaer og miljøer for kunnskapsdeling» (s. 92). *Primærhelsestjenestemeldingen* fra 2015 påpekte at «Mer forskning på og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er viktig for bedre ledelse, styring, forvaltning og utvikling av tjenestene». Og «Regjeringen vil legge til rette for styrket forskning gjennom oppfølgingen av HelseOmsorg21» (s. 21). Likevel var det bare et mindre utvalg av «kommune-tiltakene» fra HO21strategien som ble videreført i Regjeringen sin handlingsplan for oppfølging av HO21- strategien, som kom i november 2015. Noen av tiltakene er igangsatt, men *tiltaket «byggje eit kunnskapssystem for forskning retta mot dei kommunale tenestene» (s. 26) identifiseres først i dette arbeidet med KSF.*

Gjennomgangen av dagens system for forskning i kommunale helse og omsorgstjenester (kapittel 4) viser at systemet i liten grad retter seg mot kommunene selv. Kommuner kan søke ulike finansieringskilder, noen kommuner er vertskapskommuner for USHT (som for øvrig kun retter seg mot sykehjem og hjemmetjenester), men eksisterende strukturer inkluderer i liten grad kommunene i nettverk. Det er institusjoner utenfor kommunene som utgjør systemet. Både i kommunene og

UH-sektoren mangler det i dag dessuten robuste strukturer for implementering av ny kunnskap i tjenestene.

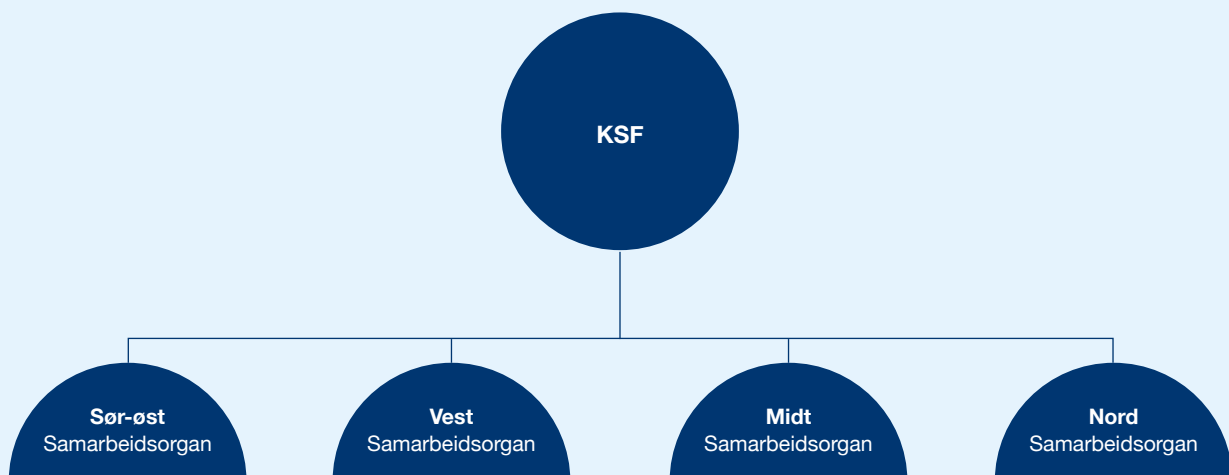
Kommunalt pasientregister understøtter kunnskapsløftet for kommunene, og gir mulighet for kobling til andre nasjonale registre. KSF understreker behovet for fortgang i utvidelsen i Kommunalt pasientregister til også å inneholde IPLOS- data.

Et kunnskapssystem for kommunene, slik KSF foreslår det, tar utgangspunkt i kommunene selv, eller klynger av kunnskapskommuner i et tett og forpliktende samarbeid med universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Ulike kunnskapsklynger utgjør en region, og det permanente KSF vil utgjøre et nasjonalt somordnende nivå.

KSF konkluderer med at det er nødvendig å etablere både en nasjonal og en regional struktur. Regionale arenaer sikrer god geografisk spredning av kunnskapsutvikling i, for og med kommunene. KSF anbefaler ikke å gå veien om bare et nasjonalt organ, da arbeidet med å bygge en kultur for forståelse av betydningen av forskning og forskningskompetanse må skje i så mange kommuner som mulig. Ledelse av en region må legges til kommunale klynger, og vertskapet må legges til en kommune, som forplikter seg til å jobbe for målsetninger for hele sektoren, utover egen kommune. Målsetningen må være kunnskapsløftet for kommunal helse- og omsorgssektor. Ulike modeller som har vært vurdert har fordeler og ulemper. KSF anbefaler en struktur med fire regionale samarbeidsorgan med tilhørende sekretariatsfunksjoner.

Figur 5.1

Foreslått struktur for kunnskapsløftet



5.1.1 Kommunalt og interkommunalt nivå

KSF har vurdert en modell med bare nasjonalt nivå, med fire regionale samarbeidsorgan, sju og elleve regionale samarbeidsorgan. Fire regionale samarbeidsorgan motsvarer organiseringen av spesialisthelsetjenestenes samarbeidsorganer. Sju regionale samarbeidsorgan legger seg opp mot dagens regionale forskningsfond. Elleve organer tilsvarer den planlagte regionstrukturen.

Uansett antall regionale samarbeidsorganer, vil disse ikke kunne nå helt ut til de mange enkeltkommunene. KSF legger derfor til grunn at kommunene eller klynger av kommuner er det grunnleggende nivået for kunnskapsløftet. Uavhengig av antallet regionale samarbeidsorgan er det avgjørende at kommuner eller klynger med kommuner tar eierskap til sitt kunnskapsbehov i sine tjenester. Det er i kommunene endringene skal skje. Kommunene må identifisere sine behov for ny kunnskap og innovasjon og ta i bruk nytt kunnskapsgrunnlag. Systemet må innføres gradvis og med en opptrapping, og ikke alle kommuner vil ta del i løftet med en gang. KSF foreslår at det identifiseres noen motorkommuner, eller kunnskapskommuner. Disse vil, som sykehusenes universitetssykehus i samarbeid med academia, kunne videreutvikle egne organisasjoner gjennom kunnskapssatsing, og de vil måtte forplikte seg til å samarbeide tett med sine omegnskommuner i klynger. Enkelte av omegnskommunene kan også bidra sterkt til kunnskapsløftet. En motorkommune eller flere leder klyngen. Klyngene vil trenge en styringsstruktur, og her har KSF sett på Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest og Agderkommunenenes styringsstrukturer. KSF foreslår ikke én standardisert styringsstruktur på klyngenivået. Kommunene må selv utvikle styringsstruktur, og den kan fungere godt med ulike modeller.

Motorkommunen

i

En motorkommune er en kommune med ambisjoner om og erfaring med forskning, utdanning og innovasjon. Kommunen setter av en andel av driftsbudsjettet, til forskningsfinansiering. Den har en politisk vedtatt plan for forskning, utdanning og innovasjon.

Motorkommunen:

- har en kultur for kunnskapsbasert tjenesteutøvelse, bidrar til forskning, og holder oversikt over sin forskningsdeltakelse.
- har en aktiv samarbeidsrelasjon til en eller flere akademiske institusjoner, den initierer forsknings tema og den sørger for å tilbakeføre kunnskap til praksis.
- inviterer inn andre kommuner med kunnskapsambisjoner
- leder klyngen av kommuner, og administrerer en tilpasset styringsstruktur.

5.1.2 Regionale samarbeidsorgan

KSF mener at det regionale nivået er en svært viktig infrastruktur for kunnskapsløftet. Samarbeidsorganene for spesialisthelsetjenestene er på samme måte det viktigste nivået av den formelle strukturen. Her kan en se for seg ulike modeller. Hvert samarbeidsorgan er sammensatt av et representativt utvalg av kommune-representanter fra klyngene, et antall representanter fra UH- og instituttsektoren og representasjon fra brukerorganisasjonene. KSF mener at kommunene bør ha én representants overvekt i sammensetningen. KS og Forskningsrådet stiller med observatør. Samarbeidsorganet administreres av et lite og effektivt sekretariat som forbereder saker og følger disse opp for organet. Det er avgjørende at samarbeidsorganene er sammensatt av personer med både kommunal erfaring innen helse og omsorg på et overordnet nivå og akademisk kompetanse.

Møtehyppighet for samarbeidsorganene kan være minimum to møter i året. Samarbeidsorganene kan også arrangere årlige konferanser for å skape oppmerksomhet og engasjement for utviklingen i regionen.

Mandat for samarbeidsorgan i regionene:

Forslag til mandat for samarbeidsorgan i regionene:

i

Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon skal:

- være rådgivende for kommunenes besluttende organer i saker som gjelder utdanning, forskning og innovasjon
- spille inn overordnede prinsipielle saker til behandling i KSF og implementere saker som kommer fra KSF
- behandle saker av overordnet strategisk art av felles interesse for kommune- og FoU-sektoren, som omhandler utdanning, forskning og innovasjon, og styrke forholdet mellom disse. Dette omhandler bl.a. oppfølging av nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner, som HelseOmsorg21 samt overordnede utdannings- og innovasjonssaker
- arbeide for at rammebetingelser, regelverk og insentivsystemer knyttet til forskning og utdanning videreutvikles og harmoniseres for best mulig å utnytte fellesskapets ressurser
- bidra til å styrke kommunenes kompetanse i forskningsgjennomføring/deltakelse, forskningsprosjektutvikling, søknadsutforming, og forskningsbestilling
- spille inn behov for kunnskapsoppsummeringer og vurdere nye metoder
- godkjenne regnskap og vedta årlig budsjett for Samarbeidsorganet
- vedta overordnede strategiske føringer for årlig utlysning av midler til forsknings- og utdanningsformål
- vedta tildeling basert på ekstern fagfelle vurdering etter årlig utlysning av utdannings- og forskningsmidler

Figur 5.2 nedenfor viser hvordan et samarbeidsorgan er sammensatt av representanter fra tre eller flere større kommuneklynger, samt representanter med relevant vitenskapelig bakgrunn fra universiteter, høyskoler, instituttsektor og spesialisthelsetjenester (sistnevnte må være gjensidig, slik at kommunal representant kommer inn i spesialisthelsetjenestenes samarbeidsorgan).

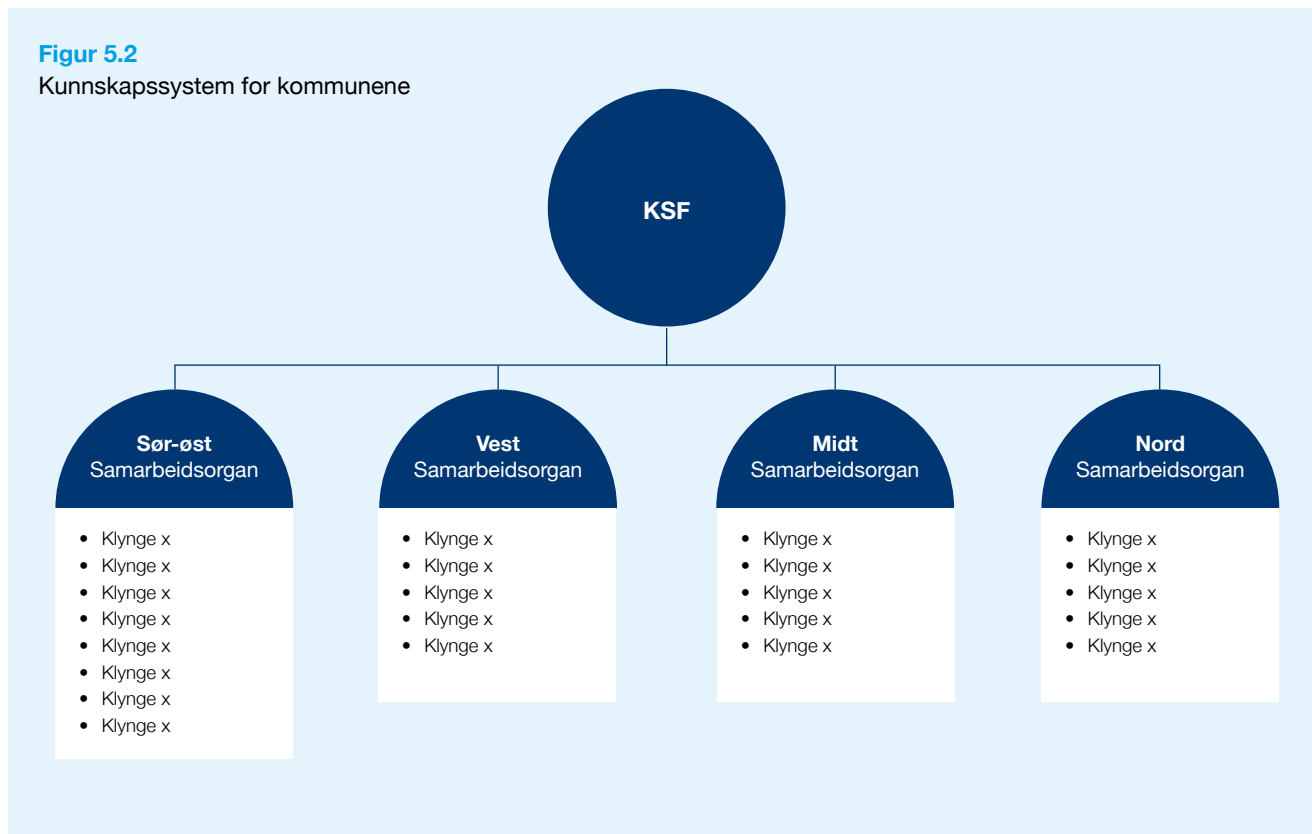
Oppgaver for samarbeidsorganene vil være:

- Delta i strategiutvikling, spille inn til KSF prioriterte FOU-tema. Sikre regional involvering og relevans
- Forvalte midler til forskning, utdanning og innovasjon, foreta utlysninger, organisere fagfellevurderinger, sikre mottaksapparat og rapporteringsrutiner
- Være nettverksarena mellom kommuner og UH-sektor, instituttsektor, og på sikt næringsliv og innovasjonsmiljøer. Ha et særlig ansvar for kontakten med enheter i regionen for relevante profesjonsutdanninger.
- Styrke infrastruktur for forskning i regionen (eks. delte stillinger kommune-UH- og instituttsektor, offentlig sektor ph.d mv.)

Sekretariatenes rolle er å legge til rette for og følge opp samarbeidsorganenes aktivitet.

Figur 5.2

Kunnskapssystem for kommunene



5.1.3 Antallet regionale samarbeidsorgan

KSF har vurdert fire ulike modeller:

- Ett nasjonalt organ uten regionale samarbeidsorgan
- Fire regioner slik som helseforetakenes
- Sju regioner som dagens struktur på de Regionale forskningsfond
- 11 regioner som de nye regionene (og dermed 11 nye Regionale forskningsfond)

KSF foreslår at den administrative strukturen legges til KS, som også tilsetter det nasjonale sekretariatet. KS må også forvalte finansiering av de regionale samarbeidsorganene, men disse bør legges til en aktiv vertskommune. I en overgangsfase er det også mulig å vurdere å legge deler av oppgavene som omhandler forskningsfinansiering til Forskningsrådet.

Ett nasjonalt organ uten regionale samarbeidsorgan

Fravær av regioner er en teoretisk mulig modell. Det vil da foreligge bare ett nasjonalt nivå. Fordelen med denne modellen er at den kanskje genererer mindre kostnader til byråkrati. Samtidig blir det lang avstand mellom organet og de kommunale klyngene. En slik modell gir færre kommunale aktører som er direkte involvert i kunnskapssystemet. Modellen kan også i mindre grad hente kompetanse og system-hjelp fra et parallellsystem i spesialisthelsetjenestene. Det blir neppe mulig for det nasjonale organet å legge til rette for lokale nettverk mellom kommuner og statlige institusjoner. Det vil også være vanskelig å plassere et slikt organ, med en fare for at organet vil hovedsakelig vil innrette sin aktivitet til den regionen det legges til. Regionen som får organet vil få et fortrinn i kunnskapsløftet, og utbredning vil bli vanskeligere.

KSF anbefaler ikke ett nasjonalt organ uten regionale samarbeidsorganer.

Figur 5.3

Fire alternative regionale modeller



Fire regionale organ

Modellen med fire samarbeidsorganer speiler den modellen som spesialisthelsetjenestene har. Med fire organer kan en lettere kunne lære av erfaringer og systemer som er bygget opp i sekretariatene i spesialisthelsetjenesten.

Modellen med fire samarbeidsorganer må antas å være den mest kostnadseffektive av modellene med regioner. KSF understreker at de regionale samarbeidsorganene bør organiseres parallelt, men adskilt fra spesialisthelsetjenestene. Dette for å bygge kultur og kompetanse i kommunene, og gi kommunene noe tid til en oppbyggings og konsolideringsfase. Fire regioner forholder seg også til fordelingen av universitetene som også har medisinske fakulteter. Kommunene trenger en faglig bredde som strekker seg fra allmenntilmedisin og øvrige helse- og omsorgsfag, til helsetjenesteforskning, e-helse, helseøkonomi mv. De medisinske fakultetene er breddefakulteter, og robuste helseforskningsinstitusjoner som sammen med instituttsektorens helseforskning gir et solid grunnlag for å realisere kunnskapsløftet i kommunene. De nye universitetene og høyskolene er også svært viktige institusjoner for kommunesektoren. De utdanner de store profesjonsgruppene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse må aktiveres i de geografiske nedslagsfeltene for de regionale samarbeidsorganene.

En modell som motsvarer den som for sykehusene vil bidra til å understreke helhetlige helsetjenester og ligger til rette for prosjekt med samhandling på tvers av nivåene i helsetjenesten. Det kan nevnes at kommunene også har andre svært viktige tilgrensende oppgaver som også har kunnskapsbehov, og som må følge etter helse- og omsorgsfeltets kunnskapsløft. Det gjelder for eksempel barnevern, sosialfeltet, kommunal NAV, fattigdom, skole og barnehage, for å nevne noen.

Et underordnet viktig argument for fire samarbeidsorganer kan også være den etablerte strukturen for PraksisNett, en infrastruktur som legger til rette for at forskere får mulighet til å gjennomføre gode og kvalitetssikrede kliniske studier på pasienter i norsk allmennpraksis. PraksisNett er etablert i

tilsvarende regional firedelt-struktur. En nasjonal NFR-finansiert infrastruktur av et slikt omfang (65 mill over 5 år samt 23 mill i egenfinansiering fra partnerne) bør sees i sammenheng med det overordnede kunnskapsløftet, og det bør være god dialog mellom disse.

Sju regionale organ

Modellen med sju regioner legger seg opp mot dagens modell med regionale forskingsfond, som ser ut til å bli endret ved ny regionreform. Denne modellen er nå uaktuell, og derfor i liten grad utredet. Modellen anbefales ikke.

11 regionale organ

KSF har også vurdert en modell med 11 regioner. 11 regioner ville bli parallelle med de nye regionene og de nye regionale fondsregionene. Svakheten med denne modellen er at fylkeskommunene ikke selv eier helse- og omsorgstjenester utover det avgrensede området tannhelse. Tannhelse er for øvrig et viktig område, som må inkluderes i kunnskapssystemet.

KSF mener at eierskap til de brede helse- og omsorgstjenester er en forutsetning for drivkraft og gode resultater. Strukturen bør derfor ikke legges opp mot fylkene. KSF vurderer at modellen med 11 regioner blir den mest administrasjonsdrivende, faglig sårbare og kostbare. Det skal bemannes hele 11 regionsekretariater, og det nasjonale leddet må bygges stort og robust, for å forholde seg til 11 enheter. Dessuten vil regionene som ikke er vertsregion for et medisinsk fakultet vil ha en ulempe.

KSF anbefaler ikke en modell med 11 regioner.

5.1.4 Nasjonalt nivå

Kommunenes strategiske forskningsorgan etableres som fast ordning. En mulig organisering kan være at KS administrerer sekretariatet. KSF bestemmer, på innspill fra samarbeidsorganene, hva som er prioriterte områder. Både KSF og samarbeidsorganene vil kunne fungere som rådgivende enheter i dialog med direktorater og departementer sammen med KS. KSF, universitetene og høyskolene vil kunne benytte hverandre som høringsinstans.

KSF-ets medlemmer bør være kommunerepresentanter fra regionene (ledere av regionsorganene), representanter fra universitetene og høyskoler, representant fra universitets- og høyskolerådet, brukerorganisasjoner, instituttsektor og observatører (KS, Forskningsrådet, FHI, HOD, KMD, KD, spesialisthelsetjenester). KSF støtter seg videre på beskrivelsene i mandatet:

Mandat



(Med utgangspunkt i mandatbeskrivelse fra HO21-rådet og KS (15.08.2017) Nye funksjoner i kursiv.)

- Ivareta kommunesektorens definerte forsknings-, -innovasjons- og utdanningsbehov, slik disse formuleres av kommunene i de regionale samarbeidsorganene og i andre sammenhenger, for eksempel i HO21-strategien og Regjeringas handlingsplan.
- Særlig vektlegge og søke å dekke kunnskapssvake områder innen kommunenes helse- og omsorgstjenester, herunder helseutdanningenes læringsmål knytta til kommunal sektor.
- Koordinere de regionale samarbeidsorganene med sikte på å sikre best mulig samordning av og unngå overlapp (redundans) mellom kommunenes, forsknings- og utdanningsinstitusjonene og myndighetenes forskningsinnsats.
- *Motta innspill til kunnskapsoppsummeringer og behov for vurdering av nye metoder fra samarbeidsorganene, prioritere og bestille slike.*
- *Følge opp årlige målinger av resultater for kunnskapsløftet i kommunene.*
- *Bidra til utviklingen av helse- og sosialutdanningene gjennom jevnlig kontakt med Kunnskapsdepartementet i RETHOS-arbeidet.*
- Stimulere til nasjonalt og internasjonalt forsknings-samarbeid på områder som har betydning for kommunenes helse- og omsorgstjenester.

KSF-ets oppgaver vil altså være et nasjonalt, strategisk koordinerende organ, overordnet de regionale samarbeidsorganene. Det må utvikles en sekretariatsfunksjon også nasjonalt, sekretariatet bør legges til KS nasjonalt.

KSF understreker behovet for målinger på nasjonalt og regionalt nivå for å følge med på utviklingen for kunnskapsløftet i kommunene. Det vises til det tilsvarende løftet for spesialisthelsetjenesten og det målesystemet som er bygget opp der. Det er avgjørende at det utarbeides tilsvarende for kommunesektoren.

KSF registrerer at KD og HOD gjensidig forplikter sektorene til formelt samarbeid gjennom spesialisthelsetjenestens deltakelse i universitetenes styringsorganer, og omvendt. Det er KSFs klare oppfatning at dette også må gjelde for kommunal sektor (ref. Husebekk-utvalget).

5.1.5 Utdanning og innovasjon i kunnskapssystemet

I interimperioden har KSF særlig avgrenset sitt arbeid til forskning. Mandatet bestiller et system også for utdanning og innovasjon. Begge områdene har hyppig vært tematisert i møtene, og KSF understreker at selv om en ikke har rukket å gå like dypt inn i disse områdene, er de svært viktige for et kunnskapsløft for kommunene, og for at de kommunale helse -og omsorgstjenestene skal kunne møte morgendagens utfordringer. KSF vurderer det slik at kunnskapssystemet som vi foreslår for helse- og omsorgsfeltet vil kunne fungere godt for en bredde av oppgaver, også innovasjon og utdanning. Utdanning av helseprofesjoner og andre relevante utdanninger er av stor betydning for kommunene. Kommunene opplever allerede i dag rekrutteringsutfordringer innen viktige profesjonsgrupper. At kommunene jobber tettere med utdanningsinstitusjonene om innhold i studieprogram og praksisundervisning i kommunale tjenester, vil bidra positivt til kvalitets- og tjenesteutvikling, tilpasset kompetanse, rekruttering og omdømmebygging. Disse oppgavene må utvikles i den nye strukturen, men bør forholde seg til et overordnet nivå. I regjeringens oppfølging av forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21 (Prop. 1 S HOD 2017-2018 og 2018-2019) heter det at Kunnskapsdepartementet er i prosess med å

«vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter».

KSF viser til Kunnskapsdepartementets arbeid med retningslinjer for helse- og sosialutdanningene (RETHOS), og vil understreke behovet for at samtlige studieprogram innrettes med bred praksisutplassering i kommunene og har tydelig vekt på kunnskapsbasert praksis og kjennskap til metoder for kvalitetsforbedringsarbeid. Videre utvikling av RETHOS-systemet bør være et jevnlig tema i kunnskapsystemet for kommunene, og vil sikre at KSF og samarbeidsorganene holder seg på et overordnet nivå i sitt arbeid.

Helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene

Teknologien beveger seg fra å være operative støttesystemer til å bli en strategisk innsatsfaktor i kommunale tjenester motsvarende det som skjer innen mange medisinske disipliner. Kommunale helse- og omsorgstjenester gjennomgår en radikal endring av sine oppgaver, der teknologiutviklingen muliggjør en oppgaveoverføring fra kommunale institusjoner til kommunale hjemmetjenester. Responssentre, overvåkings-teknologi, mobile journaler og kommunikasjonsmuligheter med brukere og pårørende gjennom helsenorge.no gir nye muligheter for kvalitetsheving og økt produktivitet. Kommuner har behov for ny kunnskap om tjenesteinnovasjon, og det prøves ut nye måter å jobbe på i stort omfang og der nytten må dokumenteres gjennom følgeforskning.

Teknologisk innovasjon og utvikling vil i tiden som kommer tilføre helsesektoren store muligheter til positive strukturelle endringer, men også i betydelig grad utfordre dagens struktur og praksis. Kommuner merker endringene og kravene til omskifting tidlig i møte med kompetente innbyggere med betydelig IT-kompetanse og innovasjonskapasitet. Norske borgere er tidlig ute med å ta i bruk ny teknologi og mange er effektive til å utnytte selvbetjeningsmodeller. Det blir viktig å ha strategi, kunnskap og kapasitet til å møte og gjennomføre digitaliseringen. Helsefaglig forskning, utøvelse og forvaltning er på lik linje med andre disipliner mer og mer avhengig av IT digitalisering, derfor er det avgjørende å styrke forskningen slik at

man evner å forstå og utnytte de nye mulighetene til effektivisering, samhandling og kvalitetsheving. Og for å unngå de viktigste fallgruvne.

Helsedirektoratet har utarbeidet anbefalinger til organisering og tiltak for økt innovasjonsevne og innovasjonskapasitet (Rapport IS-2672). KSF og samarbeidsorganene må i sitt arbeid ta høyde for disse endringene.

5.1.6 Relasjonen til mandatet til NOU om prioritering i kommunale helse og omsorgstjenester

Målet med det såkalte Blankholmvalget er å «beskrive utfordringsbildet og behovet for å prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kartlegge og beskrive situasjoner der det tas prioriteringsbeslutninger, beskrive det verdimessige utgangspunktet for prioritering, og basert på dette drøfte, å foreslå mulige prinsipper for prioritering og ev. hensyn som bør vektlegges i prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Utvalget skal «utrede og ev. foreslå virkemidler for å understøtte prioriteringsbeslutninger på de ulike nivåene. Drøfting av og forslag til virkemidler skal inkludere, men er ikke begrenset til, juridiske, økonomiske og pedagogiske virkemidler. Økonomiske virkemidler skal også inkludere egenbetaling.» Utvalget diskuterer kunnskapsgrunnlag for prioritering i helsetjenestene, og vurderer en struktur for kunnskap. Dette grenser opp mot mandatet til KSF. En dialog med Folkehelseinstituttets funksjon for kunnskapsoppsummeringer viser at kommunene sjelden initierer kunnskapsoppsummeringer, det samme gjelder også for UH-sektoren. Det er et prioriteringsproblem at kunnskapsoppsummeringer innen primærhelsetjenestene bestilles uten grundig analyse og etter transparente prioriteringskriterier. Et system for prioritering innen kommunale helse- og omsorgstjenester forutsetter kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag. Kommunene har ikke et kunnskapssystem som bidrar til å hente frem forskning og kunnskap knyttet til om et tiltak fungerer og har nytte for brukeren. Først når vi har etablert kunnskap om et tiltak har nytte og effekt kan vi vurdere om det er alvorlig eller ikke å prioritere det eller ikke. Derfor er nyttekriteriet det som er helt essensielt. På samme tid er det kunnskap om hva som er nyttig, kommunen har aller minst av. Kommunen viser til

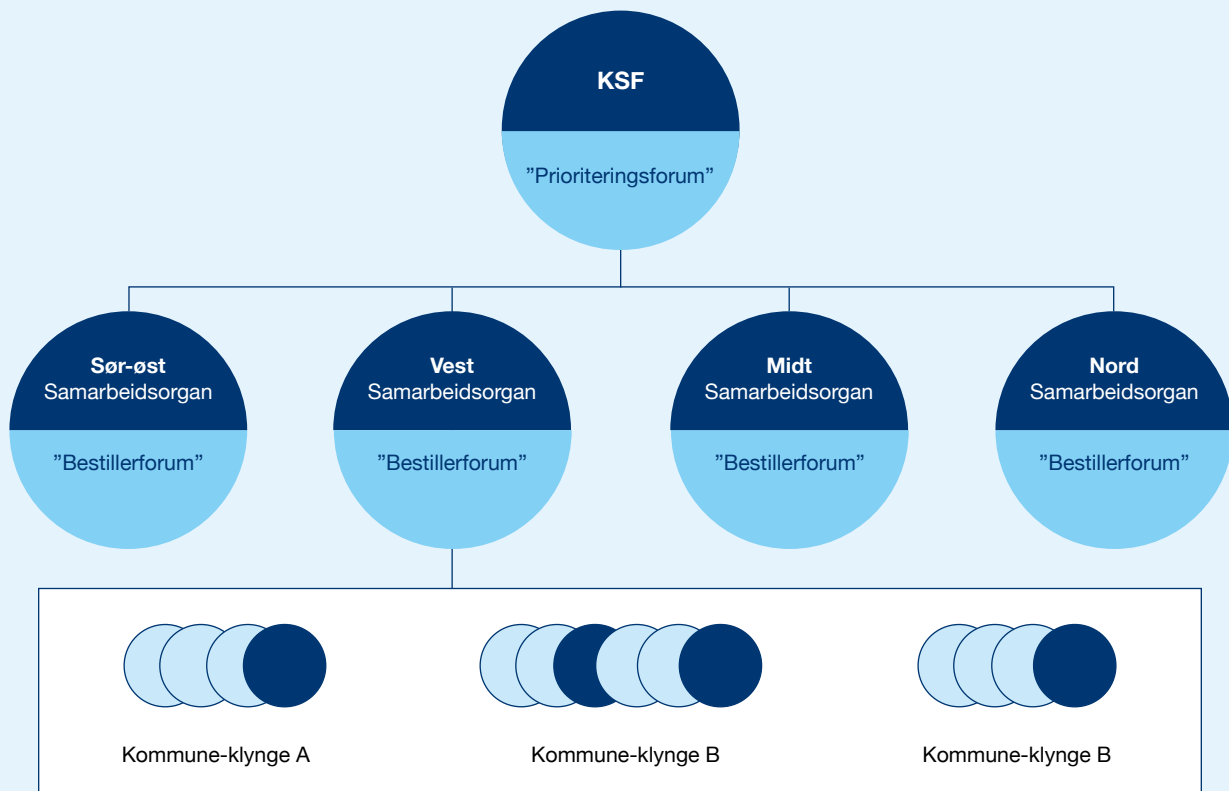
erfaringskunnskap, men erfaringskunnskap skal også være dokumentert, det er den i liten grad i kommunesektoren. Ofte dreier det seg om en konsensuskunnskap; vi gjør det som de andre gjør og det våre kollega har lært at det skal gjøres.

KSF har valgt her å supplere mandatet med en prioriteringsdimensjon. KSF foreslår at det på lengre sikt vurderes å legge bestiller- og prioriteringsfunksjoner til strukturen for et kunnskapssystem. En slik ekstra dimensjon vil også gi føringer for kompetansesammensetningen i de ulike organene. Prioriteringsdimensjonen kan komme senere i en fase og den

må utvikles slik at den passer for kommunene. Det innebærer å utvikle strukturer som sikrer at innføring av nye metoder og prioritering er basert på best mulig kunnskap og er i tråd med prioriteringskriteriene som kommer ut av NOU-arbeidet. For sykehusene gjelder disse; alvorlighet, nytte og ressursbruk. Blankholm-utvalget foreslår de samme for kommunene, men legger til en mestringsdimensjon. For sykehusene legges vekt på systematisk og kritisk vurdering av dokumentasjon av effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av tiltak, og metodevurderingene kan omhandle økonomiske, etiske, sosiale, organisatoriske eller juridiske konsekvenser av beslutninger.

Figur 5.4

Dimensjon med bestilling og prioritering lagt til struktur for kunnskapsløft for kommunene



5.1.7: Anbefalinger:

KSF anbefaler en struktur for et kunnskapsløft for kommunene som setter kommunene i forsetet for en kunnskapsbasert utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Det anbefales en struktur med et nasjonalt organ (KSF) som legges til KS, og bemannes med akademisk kompetanse. KS-forankringen gir formelle rammer i en kompleks helsetjeneste som rommer alle kommuner. KSF koordinerer kunnskapsløftet nasjonalt, og jobber ut mot samarbeidsorganene regionalt. En mulig variant kan være at KSF som organ representeres av medlemmer av regionale strukturer (ledere av de regionale organene), der kommunene har et flertall, men der også forsknings- og utdanningsinstitusjoner og brukerorganisasjoner er representert. Deltakere uten stemmerett kan være observatører fra Forskningsrådet, aktuelle departement og direktorat samt KS.

Det etableres en regional struktur, og KSF anbefaler fire regionale samarbeidsorgan. I samarbeidsorganene sitter kommunerepresentanter fra klyngene. Representanter fra de mest relevante universitetene, høyskolene og instituttene i regionen og brukerorganisasjonene får en representant hver. Kommunesektoren gis et flertall i organene. For at samarbeidsorganet skal ha en tilstrekkelig helse- og omsorgsfaglig forankring må et tilstrekkelig antall kommunale representanter hentes fra en overordnet helse- og omsorgsfunksjon. Gjerne i kombinasjon med forskningskompetanse. Sekretariatet legges til en kommune som leder en helseklynge, og som er villig til å påta seg et overordnet ansvar for kunnskapsløftet i sin region.

Det anbefales at det vurderes at funksjonen «nye metoder» som er innført i spesialisthelsetjenesten, og systemet med bestiller- og prioriteringsforum settes inn i struktur for kunnskapsløftet i kommunene. Det er også viktig at organene arbeider med overordnede utdanningsaker, og Kunnskapsdepartementets nye system RETHOS bør benytte denne strukturen som sentral samarbeidspartner.

KSF og samarbeidsorganene må også arbeide med utdanning på et overordnet nivå, og det er pekt på RETHOS-strukturen i Kunnskapsdepartementet som et passelig nivå for

arbeidet i kunnskapsstrukturen for kommunene. Teknologi og tjenesteinnovasjon er også sentrale tema for denne strukturen som må utvikles videre.

KSF har drøftet hvorvidt et kunnskapsløft for kommunene best vil fasiliteres av en lovendring der kommunene bør få et sørge- for ansvar for forskning og utdanning. Det innebærer uansett ikke at kommunene selv i stort omfang skal forske. Mange forskningsprosjekter som gjennomføres i henhold til helseforskningsloven, vil ha relevante enheter innen UH- og instituttsektoren som «forskningsansvarlig institusjon». Som i spesialisthelsetjenestene vil det måtte skille mellom forsknings- og utdanningskommuner (universitetssykehus) og kunnskapskommuner (ikke- universitetssykehus). Motsvarende som at både vanlige sykehus og universitetssykehus i forskningen har tette samarbeidsflater mot landets medisinske fakultet, må kommunene ha motsvarende relasjoner mot relevante forskningsmiljø i UH- og instituttsektoren. Samarbeidsflatene mellom kommunene og UH-sektoren kan styrkes gjennom opprettelse av delte stillinger mellom de to sektorene. Alle kommuner skal på sikt ha målsetning om å sørge for og legge til rette for forskning, men noen kommuner (motorkommuner) gjør dette i større omfang. Alle kommuner må utvikle bedre bestillerkompetanse.

Anbefalt ansvarsfordeling:

HOD: Departementet må bidra til en betydelig økt vektlegging av kunnskapsløftet for kommunale helse- og omsorgstjenester til nivå motsvarende det som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Bidra til jevnlig kartlegging av ressursinnsats og resultater for kunnskapsløftet. Fasilitere og følge med på utviklingen. Bidra til å utvikle bestiller- og prioriteringssystemer for helse og omsorg i kommunene gjennom foreslått struktur for kunnskapsløftet. Nedsette, sammen med KD, et utvalg tilsvarende Husebakk-utvalget for å utrede styrket formelt samarbeid mellom kommunesektoren og academia innen helse og omsorg.

KMD: Samarbeide med HOD, KD og KS om kunnskapsløftet. Legge til rette for driftsinfrastrukturen for kunnskapssystemet i KS. Bidra til systematisk styrking av innovasjonskraft i kommunene gjennom foreslått struktur for kunnskapsløftet.

KD: Bidra til systematisk styrking av samarbeidet om forskning og utdanning med kommunene gjennom foreslått struktur for kunnskapsløftet. Benytte kunnskapsstrukturen for videreutvikling av arbeidet med retningslinjer for helse- og sosialutdanningene (RETHOS). Nedsette, sammen med HOD, et utvalg motsvarende Husebakk-utvalget for å utrede styrket formelt samarbeid mellom kommunesektoren og akademia innen helse og omsorg. Avklare innhold og rammer for praksisundervisning i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunene: Identifisere sitt forskningsbehov. Samarbeide med kommuner i regionen, forsknings- og utdanningsinstitusjonene, instituttsektoren og næringsliv om kunnskapsløftet i foreslåtte struktur. Bidra til det nasjonale nivået med representanter og faglige innspill. Bruke kunnskapen som beslutningsgrunnlag for kvalitetsutvikling av sin virksomhet og prioriteringer innen denne. For samhandlingsfeltet, samarbeide med helseforetak i regionen. Kommunene gir oppdrag/mandat til KS å ha det overordnede koordineringsansvaret for kunnskapsløftet. Kommunene må tilrettelegge for delte stillinger med UH-sektoren for fagpersoner i egne tjenester og utnytte de muligheter som ligger i offentlig sektor ph.d.-ordningen.

KS: Et overordnet koordineringsansvar for kunnskapsløftet i kommunene. Oppnevne og administrere det nasjonale Kommunenes strategiske forskningsorgan. Legge til rette for de regionale samarbeidsorganenes virksomhet lagt til en kommune i hver region.

Forskningsrådet: Bidra med støtte til KSFs sekretariat, for eksempel i forbindelse med opprettelse av fagfellepanel mv. Bidra til å utvikle årlige målinger av ressursbruk til forskning i primærhelsetjenestene. Utvikle system for regelmessige kartlegginger av ressursbruk til og resultater av forskning i primærhelsetjenestene.

Forsknings- og utdanningsinstitusjonene: Samarbeide med kommuner og næringsliv i regionen om kunnskapsløftet i foreslåtte struktur. Bruke kunnskapssystemet til å sikre relevans av egen forskning og utdanning mot kommunenes behov. UH- og instituttsektoren må legge til rette for og prioritere delte stillinger mellom akademia og kommunale helse- og omsorgstjenester og samarbeide med aktuelle kommuner om dette. Målrrette egne forskningsstrategier mot problemstillinger som er relevante for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helseforetakene: Identifisere kunnskapsbehov knyttet til samhandling og overføring/fordeling av oppgaver, samarbeide med kommunene om kunnskapsløftet i foreslått struktur. Bidra med systemkompetanse fra sekretariatet for samarbeidsorgan i spesialisthelsetjenesten.



6. Finansieringsordninger for kunnskapsløftet i kommunene

6.1 Dagens finansiering og modell av forskning og innovasjon i kommunene

Finansiering av forskning og innovasjon er fordelt mellom flere departementer. Kunnskapsdepartementet (KD) har ansvar for grunnforskningen og for rammer til universiteter og høyskoler. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har et overordnet ansvar for anvendt forskning i helse- og omsorgstjenestene. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) har ansvar for de økonomiske rammene som overføres til kommunene. Disse departementene deler dermed ansvaret for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Sett i forhold til de kommunale helse- og omsorgstjenestenes omfang og totale kostnader (anslagsvis 130 milliarder årlig), er midlene som går til forskning og innovasjon beskjedne. Ut fra tilgjengelige opplysninger er mindre enn 10 % av forskningsmidlene innrettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Når det gjelder midler til innovasjonsprosjekter, går det meste til innovasjon i privat sektor. Kun 5-10 % går til innovasjonsprosjekter i offentlig sektor. Hvor mye av disse som går til de kommunale helse- og omsorgstjenestene er ikke kjent.

6.1.1. Finansiering og finansieringskilder av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Dagens finansiering av forskning i kommunal sektor kommer fra en rekke ulike kilder og tildelingene er preget av manglende samordning. Det finnes imidlertid ingen samlet oversikt over finansieringen av forskning, utvikling og innovasjon i denne sektoren. I dette kapitlet er opplysninger om finansiering i hovedsak hentet fra rapporten «Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartlegging av ressursinnsats og resultater», gjennomført av Nordisk

institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU 2016:32). Rapporten er basert på selvrapporterte anslag av ressursinnsats til FoU-virksomhet fra de inkluderte organisatoriske enhetene og oppsummerer stipulert ressursinnsats og finansiering i 2015 slik disse enhetene har vurdert det for sin enhet. Spørsmålene til aktuelle UH- og institutt-enheter var dessuten formulert slik at det også var naturlig å inkludere i anslaget egen basisfinansiering fra KD for fast ansatte i vitenskapelige stillinger med forskningsmessig fokus rettet mot primærhelsetjenesten. Det finnes ikke noen annen samlet og sikrere kilde for å få en oversikt over hvor mange midler som går til forskning og innovasjon knyttet til eller rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg til ovennevnte NIFU rapport, har KSF søkt å innhente informasjon fra ulike finansieringskilder, slik som Norges forskningsråd (NFR). Disse opplysningene omhandler som regel tall for 2018 om ikke annet er oppgitt.

Det er en kilde til usikkerhet at opplysningene ikke kun omfatter midler som er spesifikt rettet mot forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også inkluderer andeler av basisfinansiering av faste og midlertidige vitenskapelige stillinger i UH-sektoren. I disse stillingene ligger det forskningstid som universiteter og høyskoler i prinsippet kan disponere fritt med utgangspunkt i institusjonenes strategiske valg og enkeltforskernes akademiske frihet. Videre er det viktig å være oppmerksom på at opplysningene fra NIFU-rapporten ikke kan sammenlignes direkte med opplysninger om ressursinnsats og finansiering av FoU virksomheten i spesialisthelsetjenesten, da tallmaterialene ikke er sammenlignbare. Gitt begrensningene i tilgjengelige opplysninger må tallene som presenteres i dette kapitlet derfor tolkes med stor forsiktighet.

Ifølge NIFU-rapporten, var det universitets-, høyskole- og instituttsektoren som rapporterte størst samlet ressursinnsats knyttet til forskning i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015 (til sammen 84 % av anslått ressursinnsats til forskning i denne sektoren). Helseforetakene forvaltet 13 % av midlene som ble tilskrevet forskning i denne sektoren i 2015 (NIFU 2016:32). Kommunene selv forvaltet ytterst få forskningsmidler. Til sammen viser NIFU-rapportens anslag at 843 millioner er samlet ressursinnsats knyttet til forskning de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2015 (Se tabell 6.1.).

Ulike departement og Forskningsrådet bidrar med basismidler til FoU virksomhet, primært via universitet- og høyskolesektoren (ca. 170 mill. i 2015) (NIFU 2016:32). Dette er som nevnt over, midler som går til vitenskapelige stillinger i universitetene og høyskolene og det er institusjonene selv, eller enkeltforskere, som kan beslutte hvordan forskningen skal innrettes. Enhetene anslo hvor mye av disse midlene som gikk til FoU virksomhet knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2015. Man kan imidlertid ikke forutsette at den samme andelen nødvendigvis vil benyttes til forskning i de

kommunale helse- og omsorgstjenestene også i fortsettelsen. Denne summen kan derfor ikke tas med i et regnestykke som skal stipulere eksisterende forskningsmidler rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Forskningsrådet bidrar med konkurransebaserte midler (160 mill. i 2015) (NIFU 2016:32). Tilsammen bidro øvrig statlig finansiering via departementer og underliggende etater med midler til FoU, nesten 80. mill. i 2015, mens regionale forskningsfond og andre konkurranse-baserte midler utgjorde ca. 40 mill. hver i 2015.

Figur 6.1 viser hvilke finansieringskilder som er rapportert inn fra henholdsvis UH-sektoren, instituttsektoren, helseforetakene og andre enheter som ikke er dekket av FoU-statistikken. Figuren viser at kommuner og fylkeskommuner i liten grad finansierer forskning og utviklingsarbeid innen helse- og omsorgstjenestene. Det samme gjelder EU og næringslivet. I følge NIFU-rapporten er Helse- og omsorgsdepartementet, inklusive underliggende etater, hovedfinansør. De bidro med ca. 230 mill. i 2015.

Tabell 6.1

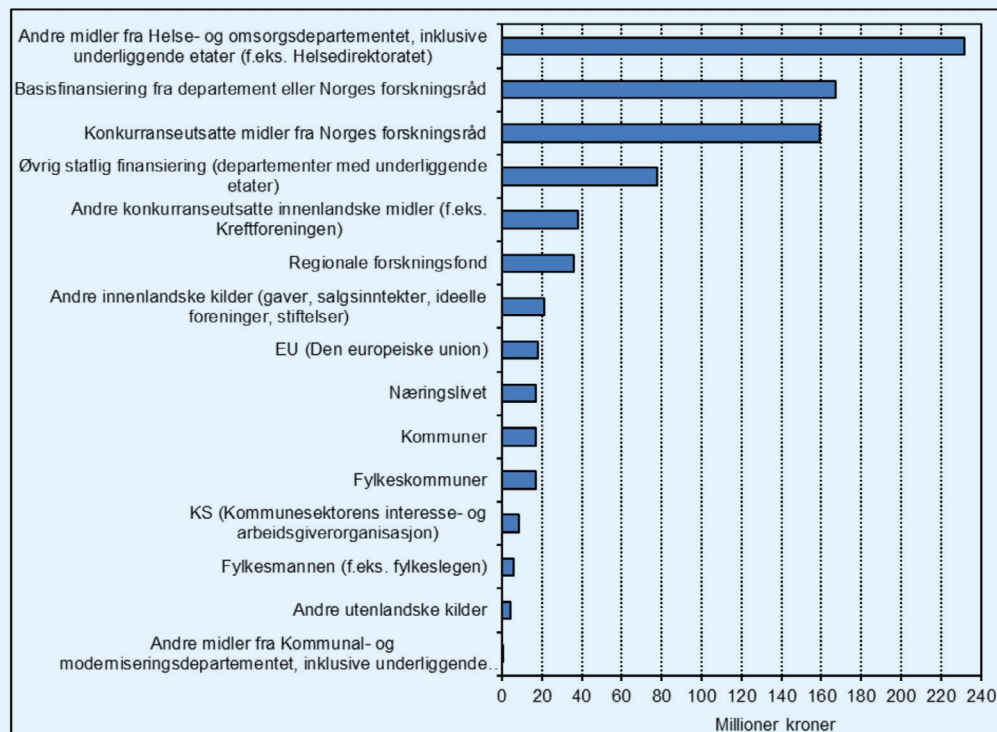
Anslått samlet ressursinnsats til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, fra UH- og instituttsektoren mv. N= antall enheter som svarte på spørreundersøkelsen

	Mill. kr	Prosent	N
Universitets- og høyskolesektoren	343	41	45
Instituttsektoren	364	43	15
Helseforetakene	109	13	10
Sum enheter dekket i FoU-statistikken	815	97	70
Andre enheter ikke dekket i FoU-statistikken	28	3	8
Totalt	843	100	78

Kilde: NIFU Rapport 2016: 32, s. 47

Figur 6.1

Utgifter til FoU knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, etter finansieringskilde. Millioner kroner (N=74 antall enheter som svarte på spørreundersøkelsen).



Kilde: NIFU 2016:32, s. 49

6.1.2. Øremerkede midler rettet mot forskning- og utviklingsarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet (via Helsedirektoratet) og Forskningsrådet finansierer flere øremerkede tiltak rettet mot å styrke forsknings- og utviklingsarbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene kan i hovedsak sies å utgjøre infrastruktur for forskning og/eller utviklingsarbeid

og som skal understøtte FoU virksomhet som finansieres via andre kanaler. I det følgende gis en oversikt over de viktigste av disse tiltakene.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmesykepleie (USHT) finnes i hvert fylke og er finansiert av Helsedirektoratet (hver USHT fikk 1.92 mill. i 2018). USHT-ene har primært ansvar for å bidra til kompetanse- og fagutvikling i kommunene i sitt

fylke og hjelpe kommunene med å iverksette nasjonal og lokal policy rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene (f. eks. initiativ i regi av pasientsikkerhetsprogrammet). Videre har de ansvar for å legge til rette for og understøtte forskning lokalt, men ikke for å initiere og drive egen forskning.

Sentre for omsorgsforskning (SOF) er regionale og er lagt til et universitet eller en høgskole. Sentrene har som mandat å drive «praksisnær» forskning knyttet til omsorgstjenestene. De fem sentrene fikk i 2018 675.000 hver for å initiere samarbeid med og veiledning av USHT-ene. Totalt er 47,5 mill. knyttet til virksomheten i SOF-ene og USHT-ene.

I tillegg til de nasjonale kompetansesentrene omtalt i kap. 3.2.3, finansierer HOD fire Allmenntilleggsundersøkelser (AFE) knyttet til hvert av de akademiske forskningsmiljøene ved universitetene i Oslo, Bergen, Tromsø og NTNU. Totalt er 16,5 mill. årlig fordelt på de fire AFE-ene. Tildelingen til AFE-ene går med til å finansiere veilederstillinger; dvs. de fungerer som en tjenestebasert forskningsinfrastruktur for økt forskningskapasitet. Selve forskningen må finansieres via andre kilder. I tillegg omtalt i kap. 3.2.3.

To nasjonale forskerskoler, finansiert av Forskningsrådet, er rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Støtten fra Forskningsrådet er begrenset til 8 år og videre drift forutsettes dekket av partnerinstitusjonene selv. Den nasjonale forskerskolen for allmenntilleggsundersøkelser (Nafalm) får ca. 3 millioner årlig (2013-2020), totalt 23,8 mill. Den nasjonale forskerskolen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Muni-health-care) er også finansiert av Forskningsrådet. Totalt 23 millioner (ca. 3 millioner årlig i åtte år (2016-2023)). Forskerskolefinansieringen støtter doktorgradsopplæring av stipendiater som har doktorgradsprosjekter rettet mot aktuelle tjenesteområder i kommunene. Finansieringen inkluderer doktorgradskurs, seminarer, internasjonale opphold, samlinger for veiledere m.m – dvs. en infrastruktur for nettverksbygging og økt kvalitet og relevans av forskningen som må finansieres fra annet hold. Styrking av nasjonalt samarbeid viktig utkomme her.

I tillegg har Forskningsrådet nylig bevilget midler til «Praksisnett». Samlet prosjektfinansiering på 88 mill., hvorav 65 mill. kommer fra Forskningsrådet. Midlene skal gå oppbygging av en nasjonal infrastruktur for gjennomføring av klinisk forskning i allmennpraksis. Finansieringen omfatter etablering og drift av en tjeneste- og digital infrastruktur i et nettverk av fastlegekontor og skal bidra til økt klinisk forskning i primærhelsetjenesten. Støtten fra Forskningsrådet er tidsbegrenset (5 år) for å bygge opp infrastrukturen. Videre drift vil deretter være basert på «eieinntekter» fra forskere som benytter infrastrukturen samt bidrag fra partnerne selv. Oppbyggingen starter ultimo 2018.¹⁶ Visjonen er på sikt å inkludere andre profesjoner/tjenesteområder i nettverket.

Som det fremgår over, er noen av disse tiltakene mer varige (utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, sentrene for omsorgsforskning og allmenntilleggsundersøkelser), mens andre har tidsavgrenset støtte (forskerskolene, PraksisNett) fra Forskningsrådet selv om ambisjonen er å videreføre tiltakene med annen finansiering.

6.1.3. Type forskning som finansieres og kriterier for tildeling

Det er vanskelig å få en god oversikt over hvilken type forskning knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene som finansieres. NIFU-rapporten fra 2016 har besvart dette spørsmålet ved å se på fordelingen av henholdsvis grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid. De finner at over 60 % av forskningen har en anvendt karakter, mens litt over en fjerdedel ble klassifisert som utviklingsarbeid (NIFU 2016:32).

Norges forskningsråd

Opplysninger innhentet fra Forskningsrådet viser at de i 2018 finansierer 89 prosjekter merket med "De kommunale helse- og omsorgstjenestene". Forskningsrådet begynte å merke slike prosjekter først i 2017, og da bare innenfor helseprogrammene. Til sammenligning finansierte helseprogrammene totalt 265 prosjekter i 2018, uavhengig av tematikk og motaker. De 89 prosjektene merket med "De kommunale helse og omsorgstjenestene" har totalbudsjett på i alt 182 mill kr for

2018, mens tallet justert for andel av prosjekttinnholdet som er direkte knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester reduserer budsjettet til ca. 136 millioner kroner (2018).

Prosjektene fordeler seg på de tre helseprogrammene Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL) med 47 prosjekter (på til sammen 85,2 mill kroner), God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (BEHANDLING) med 30 prosjekter (på tilsammen 22,2 mill kroner) og Bedre helse og livskvalitet (BEDREHELSE) med 12 prosjekter (på til sammen 28,6 mill kroner). Dette representerer de sikreste tallene for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men det dekker bare helseprogrammene og er ikke dekkende for Forskningsrådets totale bevilgninger.

Forskning og innovasjon i kommunesektoren (FORKOMMUNE), Forskerskoler, Infrastrukturer, Frie prosjekter, Innovasjonsprosjekter rettet mot kommersialisering og næringsliv og Offentlig sektor PhD er aktiviteter som finansierer et betydelig antall relevante prosjekter som ikke er merket i Forskningsrådets merkesystem. Et nøkternt søk¹⁷ på forskningsprosjekter (uten innovasjonsvirkemidler) viser for 2018 et tillegg på ca. 30 mill kr i prosjektstøtte i 2018 til prosjekter relevante for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tallet er beheftet med usikkerhet og er sannsynligvis underestimert.

NIFU-rapporten beregner at konkurranseutsatte midler i Forskningsrådet rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2015 var 160 mill kroner. Helseprogrammene omtalt over ble etablert i 2015 (HELSEVEL, utbetalinger først i 2016) og 2016 (BEHANDLING og BEDREHELSE), og disse programmene har et programfestet fokus på kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil kreve et omfattende arbeid å vurdere alle relevante prosjekter i Forskningsrådets portefølje for andel av prosjektet rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, men det er å forvente at tallet er betydelig høyere enn 160 mill kroner (2015).

De ulike programmene i Forskningsrådet skal oppfylle definerte mål som søknadene vurderes opp mot. Søknadsty-

pene som lyses ut (forskerprosjekter, kompetanseprosjekter, innovasjonsprosjekter, offentlig sektor PhD, senterstrukturer, nettverk mm) avhenger av målene knyttet til den spesifikke utlysningen. Ettersom prosjektene finansieres fra flere departementer, gjennom mange ulike aktiviteter i Forskningsrådet og ved bruk av ulike søknadstyper, vil kriteriesettet variere. I tillegg til kriterier for kvalitet, relevans, brukerinvolvering, innovasjonspotensial osv, gjør Forskningsrådet strategiske vurderinger i valg av prosjekter. Det avgjørende er da formålet med forskningsmidlene.

De regionale forskningsfondene

De regionale forskningsfondene (RFF-ene) skal mobilisere til økt FoU-innsats og styrke forskning for regional innovasjon og utvikling. Norge er delt i syv fondsregioner. Forskningsfondene skal støtte opp under regionens prioriterte innsatsområder. Innenfor disse områdene skal de også bidra til langsiktig, grunnleggende kompetansebygging i relevante forskningsmiljøer. Målet er å utvikle gode og konkurransedyktige forskningsmiljøer i alle fylker. Fondene skal dessuten møte regionenes FoU-behov gjennom å støtte FoU-prosjekter initiert av bedrifter, offentlige virksomheter, inkludert universiteter, høyskoler og forskningsmiljøer. Støtten kan gå til prosjekter lokalisert i og utenfor fondsregionens geografiske nedslagsfelt.

De regionale forskningsfondene fikk i 2016 tilført 267, 5 mill. kroner fra Kunnskapsdepartementet. I 2017 fikk RFF-ene tilført om lag 230 mill. kroner. I 2016 mottok RFF-ene 558 søknader og det ble til sammen søkt for totalt 508 mill. kroner. Det ble innvilget prosjekter for 179 mill. kroner, hvorav kun 16 millioner (ca. 9 %) gikk til helserelaterte prosjekter i kommunene.

RFF-ene har ulike søknadstyper (regional kvalifiseringsstøtte, regionale bedriftsprosjekter, regionale offentlige prosjekter, regionale forskerprosjekter, regionale institusjonsprosjekter og regionale problemstillinger i nasjonale program). Det er de ulike søknadstypene samt vurdering av regional relevans som styrer tildelingen av midlene. En søknad er et svar på en utlysning og behandles av styret i det fondet det er søkt til. De regionale forskningsfondene har siden opprettelsen i 2010

¹⁷ Søk i Forskningsrådets Prosjektbank på søkeordet "Kommunehelse". Deretter manuell gjennomgang for fjerning av prosjekter som var dobbeltregistrert mot prosjekter som var merket med "kommunale helse- og omsorgstjenester" og som var inkludert i de omtalte tallene i avsnittet. Tallet for budsjett i 2018 ble tatt ut for gjenværende prosjekter, fra Forskningsrådets datavarehus (kun tall for hele prosjektperioden framkommer i Prosjektbanken).

bidratt til økt fokus på forskning og innovasjon i fylkene. RFF-ene fremstår som en komplementær ordning til Forskningsrådet, dvs. RFF-ene fanger opp prosjekter som ikke har et naturlig sted å søke i Forskningsrådet. Dette gjelder blant annet forskningsprosjekter som er rettet mot innovasjon regionalt og lokalt og som kan bidra til næringsrettet virksomhet. RFF-ene var den første testarenaen for forskningsbasert innovasjon i offentlig sektor.

6.2 Til sammenlikning: Dagens finansiering og modell for forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten

Forskning er en lovpålagt oppgave for sykehusene. Alle sykehus er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Innovasjon er ikke en lovpålagt oppgave, men det er et viktig virkemiddel for å videreutvikle tjenestene og sikre at forskningsresultater blir tatt i bruk.

6.2.1. Finansiering og finansieringskilder for helse-relatert forskning i spesialisthelsetjenesten

Helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om samlede driftskostnader til forskning på nesten 4 milliarder kroner i 2017 (NIFU 2018: 27).

Forskningen i spesialisthelsetjenesten er i hovedsak finansiert som basisbevilgning eller øremerkede midler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I 2017 beløp disse midlene seg til sammen til 3,26 milliarder kroner (2,9% av samlede driftsutgifter), som var 82 prosent av de samlede forskningsmidlene. Samlet sett ble om lag 2,4 milliarder kroner eller om lag 60 prosent av spesialisthelsetjenestens forskning finansiert som basisbevilgning over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, mens en drøy femtedel, nær 870 millioner kroner, ble kanalisert som øremerkede forskningsmidler gjennom regionale helseforetak eller regionale samarbeidsorganer. 718 millioner kroner (18 prosent), kom fra eksterne kilder (bl.a. NFR, EU og Kreftforeningen (NIFU 2018: 27)). Norges forskningsråd bidro med om lag 300 millioner kroner (7,6%), mens andre norske finansieringskilder som Kreftforeningen, Extrastiftelsen og offentlige organer stod for 9,6% av midlene. Forskningsmidler fra utenlandske kilder utgjorde 34 millioner kroner eller snaut én prosent (NIFU 2018:27).

De seks universitetssykehusene stod i 2017 for nær 3,2 milliarder kroner fordelt på nesten 2500 forskningsårsverk. Dette var om lag fire femtedeler av den samlede ressursinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst stod for to tredjedeler av den samlede forskningsinnsatsen til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus både hva gjelder kostnader og årsverk, mens nest største region – Helse Vest – stod for 17%. Helse Midt-Norge og Helse Nord utgjorde henholdsvis 7-8 og 6-7 prosent av samlet ressursinnsats og årsverk. For spesialisthelsetjenesten samlet utgjorde forskning 2,9 (2015: 2,7) prosent av totale driftskostnader til alle helseforetakenes oppgaver. Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i nesten 5 prosent av totale driftskostnader ved universitetssykehusene, mot vel 1 prosent ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (NIFU 2018:27)

6.2.2. Type forskning som finansieres og kriterier for tildeling

Forskning er viktig for å bidra til ny kunnskap og kompetanse- og kvalitetsutvikling i sykehusene. Sykehusene har en særlig rolle i den kliniske og pasientrettede behandlingsforskningen. Innføring av en særskilt finansieringsordning for å øke forskningen i sykehusene, og styringskrav om å øke klinisk pasientnær forskning, har gitt resultater. (Nasjonal helse og sykehusplan 2015-2016). Det er ingenting som tyder på at det ikke fortsatt er behov for målrettet satsing på forskning i spesialisthelsetjenesten.

Forskning foregår i alle helseforetak i Norge, men aktiviteten er forskjellig ved universitetssykehusene og sykehus uten universitetsfunksjon. Universitetssykehusene driver mer forskning med nye behandlingsmetoder eller diagnostikk som testes ut på pasienter, som translasjonsforskning og tidlig fase kliniske studier, og de har større bredde i fagområdene det forskes på. Universitetssykehusene er pålagt et særlig ansvar for forskning gjennom en egen forskrift.

Det er litt ulik innretning i formål og kriterier for tildeling av de øremerkede midlene i de ulike regionale foretakene. Siden 2003 har det eksistert et målesystem for forskning i helseforetakene, som i størst mulig grad er samordnet med

tilsvarende system i universitets- og høyskolesektoren. Det skal fungere som et insentiv for å nå overordnede mål for forskning i helseforetakene, som økt produktivitet og kvalitet på forskningen, økt nasjonalt og internasjonalt forsknings-samarbeid og flere doktorgrader i sykehusene. Resultatene fra beregningene brukes videre i styring og planlegging av forskningsvirksomheten, både på helseforetaksnivå og i helseregionen.

6.3 Forslag til finansieringsmodell for kunnskapsløft for helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor

Som nevnt har spesialisthelsetjenesten lykkes godt i å øke omfanget og kvaliteten av forskning gjennom målrettet satsing og økt finansiering til formålet. En tilsvarende målrettet satsing for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er helt nødvendig hvis en skal lykkes i å øke innsatsen og kvaliteten på forskning og innovasjon i denne sektoren.

Som gjennomgangen i avsnitt 6.1 viste, er det vanskelig å få en presis oversikt over hvor mange midler som faktisk går til forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre er en stor andel av midlene, spesielt de som i 2015 kom fra UH-sektoren og antagelig også instituttsektoren, ikke målrettet dette formålet og kan derfor ikke forutsettes å inngå i kunnskapssystemet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Imidlertid viser gjennomgangen at det finnes en rekke forskningsmiljøer som har interesse for og over tid har forpliktet seg til å rette deler av sin forskningsinnsats mot disse tjenestene. Noen forskningsmiljøer i UH- og instituttsektoren har hoveddelen av sin forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil en forvente videreføres også i fremtiden i lys av disse tjenestenes store kunnskapsbehov og betydning for å løse morgendagens helse- og omsorgstjenesteutfordringer. Videre er det i de senere år iverksatt flere øremerkede tiltak for å styrke forskningen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men de fleste av disse er tidsavgrensede satsinger. Noen av tiltakene er nylig igangsatt og virkningene vil derfor først komme i løpet av de neste årene. Men i lys av omfanget og betydningen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og den store

skjevfordelingen mellom forskningsmidler rettet mot henholdsvis spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, trengs det en forpliktende, substansiell opptrappingsplan for forskning og utviklingsarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester.

For å lykkes med en styrking av finansieringen av forskning knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det behov for et samlet blikk på kommunesektorens ansvar og behov for forskning, innovasjon og utviklingsrettet arbeid, herunder finansieringsmodeller. Kommunene har et bredt felt av ansvarsoppgaver, og når det skal gjøres et anslag for hvor mye penger som anses påkrevet og hvordan de skal skaffes til veie, må kommunenes samlede ansvar tilpasses ambisjon og helhet.

6.3.1. Ambisjonsnivå

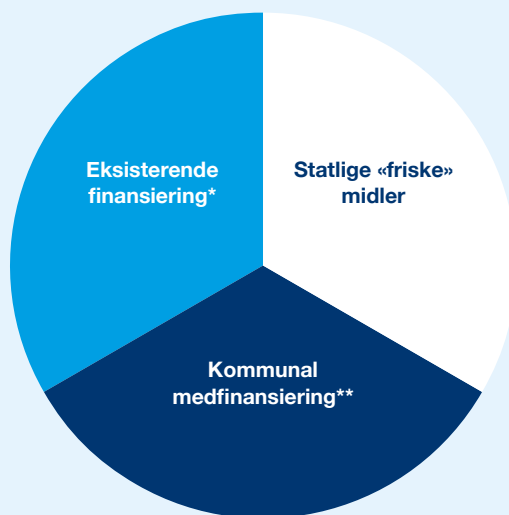
I lys av de totale kostnadene til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mener KSF at et rimelig ambisjonsnivå for årlig finansiering av forskning knyttet til disse tjenestene bør ligge på minimum 1.3 milliarder, som tilsvarer 1 % av det samlede budsjettet til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Selv om dette er en betydelig og viktig satsing, er det likevel et mål som ligger betydelig under de 2,9 % som i 2017 var knyttet til forskning i spesialisthelsetjenesten. På sikt bør ambisjonsnivået heves, men gitt dagens utgangspunkt mener KSF at dette er en nødvendig og realistisk ambisjon for satsingen på helserelatert forskning i kommunene de neste årene. KSF mener det er nødvendig med en grundig gjennomgang av omfanget og innretningen på midler som til nå har gått til forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å klargjøre hvor mye som faktisk går til forskning og innovasjon og om midlene brukes på en slik måte at det sikrer forskning av god kvalitet og tilstrekkelig relevans for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder primært midlene som finansieres av HOD, Forskningsrådet og andre eksterne finansierer. KSF tar utgangspunkt i at omfanget av disse midlene som allerede går til FoU knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene videreføres, selv om bruken av disse midlene eventuelt må revurderes for å oppnå best mulig utnyttelse. Utover det som allerede går til sektoren, innebærer

ambisjonen på 1 % en betydelig årlig styrking av forskningsmidler rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å nå opp til en samlet innsats tilsvarende 1.3 milliarder. Det er mulig å se for seg ulike modeller for finansiering av kunnskapsløftet. KSF har vurdert modeller basert på både kun friske midler fra sentrale myndigheter, «spleiselag» mellom sentrale myndigheter og kommunene selv (obligatorisk trekk fra kommunerammen), og en ordning der friske midler fra sentrale myndigheter suppleres med frivillige bidrag fra forskningsaktive kommuner i en oppbyggingsfase. Som nevnt i kapittel 4, kan ansvaret for forskningen – og dermed også finansieringen av den – bygges opp over tid, etter en periode med erfaringsinnhenting.

KSF anser at den nye satsingen må skje gjennom «et spleiselag» der både sentrale myndigheter og kommunene selv forutsettes å bidra økonomisk. Selv om vi mangler datagrunnlag for å bestemme størrelsen av de ulike «kakestykkene», illustrerer figur 6.2 en mulig tredelt fordeling av finansieringsansvaret for kunnskapsløftet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I figuren er de tre komponentene framstilt som like store, mens det i realiteten altså er nødvendig å vurdere ulik relativ fordeling mellom dem:

Figur 6.2

Illustrasjon av fordeling av finansiering av kunnskapsløftet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I figuren er de tre komponentene framstilt som like store, mens det i realiteten er nødvendig å vurdere ulik relativ fordeling mellom dem.



* Midler fra NFR, RFF, Helsedirektoratet, frie midler via forskningssøknader, m.m.

** Kan omfatte både omdisponering av tids- og personell ressurser og frigjorte midler over kommunenes budsjett.

KSF anbefaler at det bør legges opp til en gradvis oppbygning av denne satsingen mot enprosentmålet over en 6-8-årsperiode. Oppbyggingen må knyttes til evaluering underveis, inklusive både prosessevaluering og resultatmåling. Det blir viktig at evalueringen både fokuserer på forskningsproduktivitet (effektiv utnyttelse av midlene), forskningens kvalitet (publikasjoner i godkjente publiseringskanaler) og på relevans. Relevans vil her omfatte i hvilken grad og på hvilken måte forskningen påvirker utvikling og kvalitet i tjenestene. Evalueringen kan for eksempel skje halvveis i opptrappingsplanen.

KSF foreslår at en starter med minimum 100 millioner kroner fra 2020 og deretter utvider satsingen med 50 millioner årlig over en 6-8 års periode. Man kan vurdere om staten skal ta et større ansvar for finansieringen innledningsvis og at kommunene bidra mer underveis, eller om bidraget skal være likt (50 % hver) i hele perioden.

Midler bør gå til en kombinasjon av frie forskningsmidler til etablerte forskere, som vil gi «raske» kunnskaps- og innovasjonsresultater til anvendelse i tjenestene, til forskningskapasitetsbygging i kommunene og i UH-sektoren (f. eks. offentlige ph.d.-stipendiater og postdoktorer), og til å drifte infrastrukturen i den foreslåtte modellen til kunnskapssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å sikre forpliktende samarbeid mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og UH-sektoren, foreslås det at noe av midlene kan brukes til å finansiere kombinerte stillinger på tvers av sektorene (etter modell fra spesialisthelsetjenesten og universitetene) og til frikjøp av kommunalt ansatte som deltar i forskerutdanning eller i forskningsprosjekter rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

6.3.2. Finansieringskilder

Den mest realistiske finansieringsmodellen for å oppnå økt forskning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene er trolig et spleiselag basert på følgende prinsipper:

- Som nevnt over, mener KSF at sentrale myndigheter må stille en betydelig andel friske midler til rådighet for å ruste opp forskningen på dette feltet, og at staten bør bidra med minimum 50 % til den nye satsingen. KSF mener at sek-
- tordepartementene HOD og KMD (eventuelt også andre departementer) har et felles ansvar for å finansiere FoU virksomhet i kommunene og er derfor sentrale finansieringskilder.
- KSF mener videre at kommunene må bidra med egenfinansiering. Det bør være et mål at kommunene på sikt står for en egenfinansiering på inntil 50% av den økte satsingen. KSF viser til at evt. kommunale samfinansieringslag må utredes ytterligere. I påvente av en avklaring om dette kan man i en innledende oppbyggingsfase i hovedsak basere finansieringen på friske midler fra sentrale myndigheter supplert med frivillig medfinansiering fra forskningsaktive kommuner. Det vil være viktig å følge oppbyggingen med evaluering og erfaringsinnhenting.
- Eksisterende finansiering av FoU rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene må videreføres. Det bør undersøkes nærmere om det er behov for en delvis omdisponering av eksisterende midler/ordninger (se punkt 6.1 og 6.2) for å gjøre forskningssatsingen mer målrettet og slagkraftig. Over tid, med økt forskningskompetanse i kommunene, bør en økende andel kunne hentes inn via de åpne konkurransebaserte midlene som forvaltes via de eksisterende finansieringskildene, som Forskningsrådet, EU, etc. Allerede i dag finansierer Forskningsrådet og RFF et antall kommunerettede FoU-prosjekter rettet mot helse og omsorgssektoren, men de fleste går via UH- og instituttsektoren. Fremover bør andelen som går til kommunesektoren, eller til partnerskap av kommuner og UH-institusjoner, økes.
- En annen mulig mekanisme for finansiering, er at HELFO-refusjoner til kommunale tjenester gis et statlig påslag svarende til 1 % av de samlede refusjonene.
- Som en del av satsingen på å øke FoU i de kommunale helse- og omsorgstjenestene bør en også tenke inn næringslivet som en viktig aktør. Denne sektoren kan yte viktige bidrag til helse- og omsorgsfeltet og har tilgang til andre kilder til finansiering av FoU virksomhet. Dette bør skje i nært samarbeid med kommunene for å sikre at de mest presserende behov for forskning får prioritet.

6.3.3 Finansiering av foreslått struktur for kunnskapsløft i kommunene

Kapittel 5 presenterer flere alternative modeller for regional organisering av kunnskapsløftet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her gis en et anslag på finansiering av en modell med ett nasjonalt og fire regionale samarbeidsorganer. Det antas at dette vil være den mest kostnadseffektive modellen.

KSF antar at må etableres et sekretariat for hvert av de fire regionale samarbeidsorganene og ett for det nasjonale samarbeidsorganet. I lys av erfaringene fra de tilsvarende samarbeidsorganene for spesialisthelsetjenesten, forutsettes det at disse ikke trenger være spesielt store. Hvis en tar utgangspunkt i at hvert sekretariat bemannes med to fulle stillinger, innebærer dette totalt 10 stillinger, hvilket vil tilsvare en årlig utgift på ca. 10 millioner. I tillegg må det settes av driftsmidler til sekretariatet (husleie, kontorfasiliteter m.m.). Det antas at kr. 500.000,- vil dekke disse utgiftene., hvilket totalt vil beløpe seg til kr. 2.5 mill. Med en årlig bevilgning på minimum 100 millioner gir dette minimum 97.5 mill. å dele ut til forskningsaktiviteter. Det er viktig at midlene som stilles til rådighet kan forsvare driften av det kunnskapssystemet som bygges opp, for å unngå at «vinningen går opp i spinningen». KSF forslår at en definert andel av midlene bør disponeres av det nasjonale samarbeidsorganet for å bidra til nasjonalt forsknings samarbeid. De øvrige midlene disponeres av de regionale samarbeidsorganene og fordeles i henhold til folketallet i hver region.

6.4 Anbefalinger

KSF anbefaler at finansiering av FoU-virksomhet rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene på lang sikt kommer opp på tilsvarende nivå som i spesialisthelsetjenesten (dvs. rundt 3 % i 2018). For de første 10 (evt. 6-8) årene anbefaler KSF at målet må være å komme opp på et nivå motsvarende 1 % (p.t. ca. 1,3 milliarder kroner) av de samlede driftsutgiftene for tjenestene. Dette er betydelige summer, men det skisserte målet på 1 % må likevel anses som et beskjedent mål i lys av de store oppgavene og kravene til nyorientering som tjenestene står overfor.

Fordi kunnskapsløftet i kommunene er en ny oppgave for kommunene, må staten bidra inn med friske midler. En forpliktende statlig opptrappingsplan for ressurstildeling vil være spesielt avgjørende de første 6-8 årene. Samtidig mener KSF at kommunene også bør bidra til kunnskapsløftet. KSF har drøftet ulike modeller for finansiering av kunnskapsløftet. Dagens finansiering av FoU-virksomhet må videreføres på samme nivå som nå. Men en bør gjennomføre en kritisk gjennomgang av hvordan midlene brukes og vurdere om virkemidlene er de mest hensiktsmessige eller om midlene kan brukes mer kostnadseffektivt enn nå.

Anbefalinger fordelt på ulike aktører:

Stortinget: Må beslutte eventuelle lovendringer og fastsette økonomiske rammer som muliggjør kunnskapsløftet for kommunesektoren i tråd med KSFs forslag.

HOD: Må finansiere friske midler og gjennomføre en kritisk vurdering av eksisterende finansieringsordninger for forskning på helse- og omsorgstjenestene. Redusere asymmetrien mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestene mht. forskningsaktivitet- og omfang.

KMD: Må bidra med forskningsmidler til kunnskapsløftet.

KD: Må bidra til tilstrekkelig kapasitet for forskerqualifisering, inkl. utdanning og veiledning av off. ph.d.-stipendiater knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. UH-sektoren må styrkes for å øke kapasiteten til å følge opp stipendiater og andre i utdanningsløp. Instituttsektoren må styrkes for å øke kapasiteten som innovasjonsaktør i samarbeidet mellom kommuner, industri og forskning.

UH- og instituttsektor: Budsjettere for delte stillinger med kommunal sektor og i større grad innrette forskningen mot primærhelsetjenesten, inkl. øremerke stipendiatstillinger.

KS: Integrere driften av KSF i sin styrings- og ledelsesstruktur i organisasjonen.

Kommunene: Må evt. bidra med forskningsmidler og andre ressurser (omdisponering av tid og personellressurser, klargjøre kvalitetssikrede data mv.) til kunnskapsløftet. Utvalgte kommunen må være villig til å påta seg vertskommunefunksjon og/eller inngå i forskningsklynger. Kommunene må tilrettelegge for delte stillinger mellom egne tjenester og UH-sektoren og utnytte mulighetene som ligger i offentlig sektor ph.d ordningen

Forskningsrådet: Må bidra med videreføre og forsterke den strategiske satsingen på forskningsmidlerrettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder offentlig sektor ph.d-ordningen.

Helsedirektoratet: Må gjennomføre en kritisk vurdering av eksisterende tilskuddsordninger for forskning og tjenesteutvikling innen helse- og omsorgstjenestene.

Fylkesmannen: Må gjennomføre en kritisk vurdering av eksisterende finansieringsordninger for forskning på helse- og omsorgstjenestene.



7. Stimulering til internasjonalt forsknings-samarbeid

I følge mandatet har KSF som en av sine hovedoppgaver å stimulere til nasjonalt og internasjonalt forsknings-samarbeid på områder som har betydning for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Å oppnå dette er et ambisiøst mål, som må sees i et langsiktig perspektiv. Det nasjonale perspektivet er grundig beskrevet tidligere i rapporten. KSF har prioritert områdene struktur og finansiering i mandatet, men det har også vært jobbet noe med det internasjonale området. Dette for å understreke at også forskning på primærhelsetjenestene har behov for miljøer som konkurrerer på internasjonalt nivå. Det er dessuten viktig å erkjenne at de samfunnsmessige utfordringene for de fremtidige helsetjenestene, inkludert førstelinjen, er internasjonale.

Økt globalisering av økonomien har også ført til raskere internasjonalisering av forskning. I følge OECD får de fleste land mellom 5 og 15 prosent av den nasjonale FoU-innsatsen finansiert via utenlandske kilder. Norge ligger på EU-gjennomsnittet 10 prosent. Internasjonalt samarbeid setter også rammer for nasjonal forskningspolitikk og -utvikling. I norsk forskning har det europeiske samarbeidet fått en klart mer dominerende rolle, først og fremst drevet av veksten i EUs rammeprogrammer, og en samtidig politisk dreining av fokus fra grunnforskning og avanserte teknologiske løsninger til brede samfunnsutfordringer.

Horisont 2020 er dagens EU forsknings- og innovasjonsprogram, og har et budsjett på over 70 milliarder, Norge bidrar med en betydelig andel. For økt EU-mobilisering og internasjonalisering har Norge innført en rekke stimuleringsordninger. Ambisjonen om en returandel på 2 prosent fra Horisont 2020 er nå nådd, men det er fortsatt et betydelig potensial for

ytterligere økt norsk deltakelse. De tyngste delene av Horisont 2020 sitt budsjett har nasjonale paralleller, blant annet *Fornyelse i offentlig sektor*. Tilsvarende er også flere temaer i Horisont 2020 som IKT og Helse integrert i andre deler av rammeprogrammet.

Kommunenes deltagelse i internasjonale FoU-prosjekter er beskjeden. Noen av de største kommunene og fylkeskommunene er dog aktive deltakere i enkelte Horisont 2020-prosjekter, JPI Urban Europe-prosjekter og/eller EØS-prosjekter. De siste årene er innsatsen styrket for kommunenes deltagelse i Horisont 2020-prosjekter. Det er blant annet gitt støtte til etableringen av særskilte EU-nettverk, som Finn-EU, der aktører fra stort sett hele landet er med. EU-nettverkene forventes å bygge opp kompetanse i de aktuelle miljøene, skape relevante møteplasser og bistå med praktisk veiledning og støtte. Finansiert gjennom Forskningsrådets Offentlig sektor ph.d-ordning har noen stipendiater i forskningsopphold utlands. I det nyetablerte FORKOMMUNE-programmet vil prosjekter som tar sikte på å danne nettverk og utvikle søknader til Horisont 2020 blir prioritert.

KSF etterlyser et tydelig oppdrag fra myndighetene om å styrke forskningskompetansen i samarbeid med relevante samarbeidspartnere ved universiteter, høyskoler, spesialisthelsetjenesten og instituttsektoren. Det må avsettes ressurser (regionalt) til slik styrking, og forvaltning av disse ressursene bør skje i samarbeid med relevante samarbeidspartnere i et regionalt forum (jfr. Samarbeidsorganene). Dette vil bidra til å tilgjengeliggjøre erfaring, kompetanse og ressurser for internasjonalt samarbeid og EU-støtte også for kommunesektoren.

Kommunene bør lage strategier og handlingsplaner for forskning og innovasjon, ikke bare på regionale og nasjonalt nivå, men også for internasjonalt samarbeid både kommunene imellom og med etablerte forskningsmiljøer. Det er nødvendig å ta sikte på høy kvalitet, og universelle og relevante problemstillinger. For å kunne konkurrere på internasjonalt nivå, må relevante virkemidler og kapasitet sikres. Eksisterende infrastruktur og støtteapparat som EU søknadsstøttekontorer ved universiteter og hos Forskningsrådet må benyttes systematisk også inn mot kommunehelsetjenestens utfordringsbilde. Allerede tilgjengelige virkemidler og nettverksbygging må utvides til kommunal sektor, for eksempel arenaer som Finn-EU.

Norske fagmiljøer som innretter seg mot kommunale problemstillinger må synliggjøre seg som en interessant partner og vise til komparative fortrinn. Vi kan tilby sterke fagmiljøer, som for eksempel det nasjonale forskningsnettverket PraxisNett. PraxisNett er et godt eksempel på en infrastruktur som baserer seg på internasjonale erfaringer og der det er etablert tett samarbeid med internasjonalt ledende forskere. Når denne infrastrukturen om få år er bygget opp, vil Norge bli en mer interessant samarbeidspartner for andre land der slike forskningsnettverk alt er etablert (Storbritannia, Irland, Nederland, Canada m.fl.). Dette vil i første rekke gjelde for kliniske studier i primærhelsetjenesten. Det arbeides for tiden med å få etablert tilsvarende forskningsinfrastruktur i dansk og tysk allmennmedisin.

Også fagmiljøer innen primærhelsetjenestene kan merke seg at EU speiles i nasjonale utlysninger: får man god evaluering men likevel avslag i EU så kan det gi uttelling i nasjonale og regionale utlysninger. Dette er et viktig insentiv for å utvikle gode prosjekter og for å bearbeide gode søknader til å bli enda bedre mot senere EU-utlysninger.

Anbefaling

KSF etterlyser et tydelig oppdrag fra myndighetene om å styrke forskningskompetansen i samarbeid med relevante samarbeidspartnere ved universiteter, høyskoler, spesialisthelsetjenesten og instituttsektoren. Det må avsettes ressurser (regionalt) til slik styrking, og forvaltning av disse ressursene bør skje i samarbeid med relevante samarbeidspartnere i et regionalt forum (jfr. Samarbeidsorganene). Dette vil bidra til å tilgjengeliggjøre erfaring, kompetanse og ressurser for internasjonalt samarbeid og EU-støtte også for kommunesektoren.

Vedlegg 1: Infrastrukturer for forskning i kommunale helse og omsorgstjenester

V 1.1.1 Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM)

NAFALM finansiert (ca. 23.mill) av NFR (2013-2020) er et konsortium bestående av landets allmennmedisinske forskningsenheter og allmennmedisinske universitetsmiljø. Målsettingen er å heve kvaliteten på den allmennmedisinske forskningen i Norge gjennom en mer systematisk tilnærming til ph.d-utdanningen i allmennmedisin.

NAFALM blir ledet fra Avdeling for allmennmedisin, UiO. Rundt nitti ph.d kandidater er så langt tatt opp i skolen. Rundt en tredel av studentene så langt har annen helsefaglig bakgrunn enn medisin. NAFALM er et supplement til den allerede eksisterende ph.d-utdanningen ved de medisinske fakultetene i Norge. Forskerskolen innretter forskerutdanning slik at den er spesielt relevant for det allmennmedisinske fagfeltet. I tillegg til å tilby kurs som kan inngå i de frie poengene i ph.d-programmet, legger skolen vekt på nettverksbygging både for studenter og for veilederne. Dette skjer blant annet gjennom årlige samlinger, nettbaserte møter og støtte til utvekslingsopphold ved utenlandske universiteter.

Forskerskolen tilbyr kurs som kan inngå i den valgfrie delen av studiepoengene i doktorgradsstudiet. En viktig del av programmet på forskerskolen er nettseminarene. Skolens program går over tre år og tar hensyn til at mange av kandidatene arbeider i klinisk stilling ved siden av sin ph.d.-stilling.

Et årskull med ph.d kandidater følger hverandre gjennom fysiske møter og nettseminarer der ulike temaer knyttet til forskningsarbeidene tas opp: databearbeiding, artikkelskriving, utarbeiding av abstracts, posters og foredrag, veiledning

mv. Nettseminarene tar utgangspunkt i studentenes egne prosjekter, og studentene kan selv foreslå tema. Hvert årskull vil ha to seniorforskere som mentorer.

Forskerskolen tilbyr ph.d.-kurs av 1 til 3 dagers varighet. Disse er godkjent til å inngå i den frie delen av ph.d.-programmet. Viktigst er imidlertid at ph.d kandidatene gjennom NAFALM blir sosialisert inn et nasjonalt faglig forskernettverk. NAFALM har arrangert felles ph.d kurs med andre nasjonale forskerskoler: Forskerskolen MUNI-HEALTH-CARE og den nasjonale forskerskolen i farmasi.

NAFALM har midler fra Forskningsrådet til 2020, og videreføring av Forskerskolen etter at disse midlene tar slutt er under planlegging. Forskningsrådets midtveisevalueringen av NAFALM var meget positiv.

Nettside: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/forskerskoler/nafalml/>

V 1.1.2 Forskerskolen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (MUNI-HEALTH-CARE)

Inspirert av NAFALM er forskerskolen Muni-Health-Care organisert som et samarbeidskonsortium mellom Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet, UiT Norges arktiske universitet, OsloMet storbyuniversitetet (tidligere (HiOA), NTNU i Gjøvik og Nord universitet. Forskerskolen ble opprettet i 2016 og er finansiert av Norges forskningsråd t.o.m. år 2023. Forskerskolen ledes fra Avdeling for sykepleievitenskap ved UiO.

VEDLEGG

Målsettingen er å heve kvaliteten på forskningen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge, og skape et robust nettverk av forskere med primærinteresse å forske på problemstillinger av relevans for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Forskerskolen er et supplement til den eksisterende ph.d.-utdanningen ved universitet og høyskoler i Norge. Nettverksbygging både for studenter og veiledere vektlegges. Dette skjer blant annet gjennom årlige samlinger, nettbaserte møter, egne veiledersamlinger og støtte til utvekslingsopphold ved utenlandske universiteter. Forskerskolen er bygget opp slik at man deltar som del av et kull hele opptaksperioden som er på tre år (evt. inntil disputas). Det obligatoriske programmet går over to år, mens man har mulighet til å delta på elektive kurs og søke støtte til utenlandsopphold også det tredje året. Forskerskolens kurs søkes godkjent som en del av den valgfrie delen av studiepoengene i doktorgradsstudiet ved egen ph.d.-institusjon.

En viktig del av programmet på forskerskolen er web seminarer der hensikten er å presentere og diskutere aktuelle tema i tilknytning til stipendiatenes egne forskningsprosjekter koblet opp mot en diskusjon om forskning generelt, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene spesielt. Seminarer skal også gi erfaring i å ta imot, og gi «peer review» (kollegaveiledning), og styrke nettverksbyggingen blant stipendiatene.

Nettside: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/forskerskoler/muni-health-care/>

V 1.1.3 EPINOR (National research school in population based epidemiology).

Forskerskolen er finansiert (23,8 mill) av NFR (2013 – 2020) og opprettet med mål om å styrke kvalitet og kapasitet i den norske forskerutdanning innen epidemiologisk teori, metodologi, og implementering av nye statistiske metoder. EPINOR er et samarbeid mellom fagmiljøer ved fem universiteter (UiB, UiO, UiS, UiT og NTNU) og tre forskningsinstitutter (FHI, STAMI og Kreftregisteret). Konsortiet omfatter flere sterke forskergrupper, noe som gir phd-studentene tilgang til et bredt vitenskapelig fokus, - kompetanse, forskningsinfrastruktur og

opplæring som tilbys av det befolkningsbaserte epidemiologiske forskningsnettverket i Norge.

Det vitenskapelige fokuset er på populasjonsbaserte studier og livsstilsrelaterte sykdommer, systemepidemiologi og miljøfaktorer som påvirker helse. Bruken av de internasjonalt unike biobankene og ulike registre danner grunnlaget for forskningsaktiviteten. Unike langsiktige og pågående befolkningsbaserte studier og tilgang på biobanker, gjør epidemiologisk forskning i Norge attraktiv for internasjonale partnere, men vil åpenbart styrkes ytterligere av sterkere nasjonal samordning.

Forskerskolen er tilgjengelig for phd-studenter som passer inn under EPINORs faglige profil. Det tilbys finansieringsstøtte til forskerutdanningsaktiviteter og ulike former for støtte til veiledere og forelesere på phd-emner. Forskerskolens phd-studenter tilbys samordnede kurs nasjonalt og internasjonalt, samt enklere tilgang og støtte til forskningsopphold i utlandet og internasjonale forelesere på kurs og workshops. I tillegg til lokale aktiviteter, arrangeres det et årlig seminar og en årlig sommerskole. Gjennom aktivitetene økes kvaliteten på phd-arbeidet, tidsbruken effektiviseres og studentene blir del av et større nettverk.

EPINOR er en forskerskole som har som formål å forbedre kvaliteten og kapasiteten i epidemiologisk teori, metodikk og implementering av nye statistiske metoder i ph.d.-utdanningen. Forskerskolen som ble etablert i 2013, er finansiert av Forskningsrådet, administreres av Universitetet i Tromsø (Norges arktiske universitet), og har vel 150 medlemmer (2018).

Nettside: https://en.uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p_document_id=476300

V 1.1.4 FYSIOPRIM – et forskningsprogram for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten

Forskningsprogrammet [FYSIOPRIM](#) er et eksempel på hvordan et fagfelt har satset på å styrke forskningen i kommunehelsetjenesten. På grunn av behov for mer dokumentert kunnskap om fysioterapi i kommunehelsetjenesten, gav Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter i 2009 32 mill.

kroner til en strategisk satsning på fysioterapi i primærhelsetjenesten: FYSIOPRIM. Prosjektet startet i 2010 som et samarbeid mellom UiO, NTNU og Diakonhjemmet sykehus med en prosjektperiode frem til 2015. Etter en omfattende evaluering ble FYSIOPRIM videreført med en ny tildeling på kr 27 millioner for femårsperioden fram til 2020. Videreføringen er et samarbeid mellom UiO, NTNU og Trondheim kommune. I tillegg deltar klinikere og ledere i 11 andre norske kommuner. Prosjektet ledes fra Avdeling for helsefag ved UiO.

Hensikten med forskningsprogrammet er å skape en større forskningsinnsats i og for fysioterapi i primærhelsetjenesten. Programmet skal bygge opp kunnskap, kompetanse og rammer som grunnlag for videre utvikling av varige forskningsmiljøer. Gjennom tre hovedinnretninger skal programmet skape ny kunnskap om og for klinisk praksis, etablere metoder og verktøy for systematisk og standardisert registrering av relevant data for klinisk praksis og prøve ut ulike samarbeidsmodeller mellom klinikere i primærhelsetjenesten og etablerte forskningsmiljøer.

Evaluering av programmet viser at det er publisert en rekke vitenskapelige artikler og avholdt en rekke kongresspresentasjoner. Prosjektene har ført til både formell og uformell kompetanseoppbygging for fysioterapeuter. Et registrerings-system er utviklet for å bygge opp en database med data om pasientene, registrering av hvilke behandlingstiltak som benyttes, sammen med informasjon om hvordan det går med pasientene. Systemet er videreutviklet slik at data kan hentes frem og visualiseres på en enkel måte. I noen prosjekter undersøkes det hvordan systemet og data som registreres kan anvendes i klinisk arbeid. Det gjennomføres prosjekter og datainnsamling over hele landet med en særlig satsning i Trondheim. I flere andre kommuner gjennomføres mindre prosjekter der initiativet kommer fra klinikerne i praksis. Tematikken på prosjektene varierer fra nakke- og ryggsmertes, sammensatt symptomproblematikk, artrose i kne eller hofte, asymmetri og fotfeilstillinger hos spedbarn. Hovedmålet med disse prosjektene er å etablere kunnskapsbasert praksis og fremme optimal ressursutnyttelse.

Nettside: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/>

V 1.1.5 Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten (PraksisNett)

PraksisNett er resultat av et felles initiativ fra landets allmennmedisinske forskningsmiljøer. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd (65.mill) og partnerne (23 mill) som er: Universitetet i Bergen (UiB), Uni Research Helse, Universitetet i Oslo (UiO), UiT - Norges arktiske universitet, Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Etableringsperioden for dette infrastrukturprosjektet er 5 år (2018-2022). Prosjektet koordineres fra UiB.

PraksisNett er en nasjonal infrastruktur som legger til rette for at forskere får mulighet til å gjennomføre gode og kvalitets-sikrede kliniske studier på pasienter i norsk allmennpraksis. Samtidig gir PraksisNett fastlegene anledning til å delta i forskning på en forutsigbar og sikker måte.

Ca. 70% av befolkningen er hos fastlegen sin hvert år. Likevel har det vært relativt lite forskning knyttet til fastlegene og deres pasienter, fordi det har vært tungvint å rekruttere både fastleger og pasienter til studier. Det har manglet en infrastruktur som legger til rette for effektiv og sikker rekruttering av pasienter. Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten (PraksisNett) vil løse denne utfordringen.

PraksisNett skal bestå av en tjenestebasert del og en digital del. Nettverket vil bestå av rundt 90 fastlegepraksiser organisert gjennom fire regionale nettverk og en nasjonal, koordinerende enhet. Den digitale delen skal bestå av eksterne mini-PC-er (Snow-bokser) koblet til serveren på hver av de 90 fastlegepraksisene som blir knyttet til nettverket.

Alle forskere ved organisasjoner, institusjoner og bedrifter som er interessert i forskning på data fra pasienter i fastlegepraksis, kan søke om å få bruke PraksisNett. Koordinerende enhet (UiB) er første kontaktpunkt for forskere som ønsker å bruke PraksisNett i sine studier, og vil fungere som mottaker av alle søknader om bruk av nettverket. Ledergruppen for prosjektet vil avgjøre hvilke prosjekter som får bruke infrastrukturen basert på kriterier som gjennomførbarhet, etiske vurderinger og

VEDLEGG

relevans for primærhelsetjenesten. De ansatte i de regionale nettverkene har ansvar for å støtte forskerne og legepraksisene i det praktiske og daglige arbeidet i de ulike forskningsprosjektene.

Rekruttering av legepraksiser til PraksisNett starter høsten 2018 og de første studier i nettverket vil kunne starte opp etter pilotering av nettverket. Det er etablert samarbeid med tilsvarende nettverk i Storbritannia, Irland, Nederland og Canada. Med PraksisNett på plass, vil Norge bli en interessant samarbeidspartner for internasjonale, større kliniske studier i primærhelsetjenesten.

Webside til koordinerende enhet:

<https://www.uib.no/praksisnett>

V 1.1.6 Helseundersøkelser og helseregistre

Norge har spesielt gode forutsetninger for å kartlegge sykdomsårsaker og utvikling i befolkningens helse, fordi vi er et oversiktlig og velorganisert land, blant annet gjennom 11-sifrede personnummer. Dette fortrinnet utnyttes til å skaffe større kunnskap om hvordan sykdom og helse utvikles og påvirkes av ulike faktorer. Befolkningsbaserte helseundersøkelser med tilhørende biobanker, sammenholdt med sentrale helseregistre, medisinske kvalitetsregistre og ulike sosioøkonomiske og demografiske data, er en helt sentral infrastruktur for folkehelsearbeid og planlegging av helse- og omsorgstjenester. Data fra slike kilder kan benyttes i statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedring, styring, planlegging, forskning, undervisning og næringsutvikling. Ved å sammenstille data fra helseundersøkelsene med ulike sykdomsregistre eller dødsårsaksregisteret, er det mulig å studere hvilke faktorer som er viktig ved utvikling av sykdom eller død. Et ekstra fortrinn ligger i at det samles inn et stort spekter av helseopplysninger for hver deltaker, at det er et stort antall deltakere og at populasjonen følges med gjentatte observasjoner over en lang periode.

Cohort of Norway (CONOR) er både betegnelsen på en samling helsedata og blodprøver, og et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø og omfatter data fra en rekke helseundersøkelser:

- Helseundersøkelsene i Tromsø (Tromsø IV og V)
- Helseundersøkelsen i Troms og Finnmark (TROFINN)
- Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT 2 og 3)
- Helseundersøkelser i Oslo 1972-2009 (HUBRO, MoRo, Oslo I - Oslo II)
- Helseundersøkelsen i Oppland og Hedmark 2000-01 (OPPHED)
- Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK)

Når en helseundersøkelse er gjennomført kopieres utvalgte data over til CONOR-samlingen. I tillegg er det samlet inn blodprøver fra de fleste undersøkelsene, som er nedfrosset i HUNT biobank i Levanger. Med et stort antall personer i databasen blir forskningsresultatene mer pålitelige enn om en skulle basere seg på hver enkelt regionale undersøkelse. Det finnes data og biologisk materiale fra mer enn 180.000 personer over 20 år som er samlet inn i de regionale undersøkelsene som inngår i CONOR. Hver regionale undersøkelse har i tillegg til de felles komponentene, også egne komponenter som lagres lokalt. Helsedata fra de regionale undersøkelsene kan benyttes lokalt i samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene som deltar, aggregert kan det benyttes til helseovervåking og til å studere de store folkehelseutfordringene.

Mange av helseutfordringene i vår del av verden er knyttet til sosioøkonomiske faktorer som utdanning, arbeid, inntekt, familie og boforhold. Eksempler på dette kan være overvekt, psykiske plager, rus, diabetes type 2 og arbeidsuførhet. Samtidig vet man at god helse er skjevfordelt i samfunnet. De med høy inntekt og utdanning har ofte også god helse og statistisk større sjanse til å leve lenge. Utjevning av ulikhet er derfor en viktig helsepolitisk utfordring. Større kunnskap om hvordan levemåtene påvirker helse og sykdom vil derfor være viktig for å kunne redusere og forebygge helseforskjeller mellom ulike grupper lokalt, regionalt og nasjonalt.

Vedlegg 2: E-helse og digitalisering av helse og omsorg¹⁸

Digitaliseringsprosesser pågår i dag innenfor de fleste områder av helse- og omsorgssektoren. IKT anvendes ikke bare for å understøtte eksisterende praksiser. Digitalisering skal muliggjøre nye, og bedre måter å utøve helse og omsorg. De politiske målene for e-helse omhandler helsepersonells tilgang til helsedata for primærbruk, flere digitale innbyggertjenester, og bedre sekundærbruk av data.

Kommunene har et stort behov for bedre elektroniske pasientjournaløsninger (EPJ) og enklere samhandling med andre kommunale tjenesteområder i og utenfor helsesektoren. IKT-systemene i kommunene er silobasert og i hovedsak avgrenset til hver enkelt virksomhet. Systemene deler ikke informasjon om pasienten mellom ulike deler av helsetjenesten i kommunene. Behovet for bedre journaløsninger i kommunene vil bli forsterket de neste årene på grunn av et økende antall eldre og mer sammensatte sykdommer hos innbyggerne. Dette vil øke behovet for helse- og omsorgstjenester som krever oversikt over og en helhetlig tilnærming til pasientinformasjon for å sikre kvalitet i tjenesten. I tillegg vil flere oppgaver som i dag treffer spesialisthelsetjenesten flyttes til primærhelsetjenesten, og inn i pasientens hjem. Totalt sett stiller dette høye krav til både samhandling internt i kommunene, med spesialisthelsetjenesten og med pasienten. Gjennom den nasjonale og helsetjenesteovergrepene satsningen Én innbygger – én journal planlegges nå en felles nasjonal journaløsning for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Løsningen vil gi pasienten og helsepersonell grunnlag for en mer helhetlig og koordinert helsetjeneste. Nye EPJ systemer vil endre dokumentasjons-, og arbeidspraksis, og kjennetegnes ved prosessorientering. Det vil si at fokuset dreies fra å bruke EPJ-systemer kun til å dokumentere arbeidsprosesser i etter-

kant, til å bruke teknologi for å høste, analysere og presentere data og valg knyttet til diagnostisering og behandling gjennom hele pasientforløpet. En nasjonal journaløsning for kommunal helse- og omsorgstjenester skal dekke viktige behov knyttet til klinisk dokumentasjon, prosess-støtte, pasient-/brukeradministrasjon og innbyggertjenester. Løsningen skal styrke arbeid i team og samhandling for øvrig. Helsepersonell vil kunne gi en mer presis behandling som følge av økt informasjonstilgang og beslutningsstøtte, som vil gi bedre pasientsikkerhet. Ansatte i tjenesten vil få et bedre arbeidsverktøy og spare tid på å fremskaffe og dele informasjon, og ansatte i kommunen vil spare tid på registrering til offentlige registre og statistikk.

Gode innbyggertjenester i løsningen vil bidra til at innbygger kan ta en aktiv rolle. Innbygger skal kunne ha tilgang til og oversikt over egne helseopplysninger og ha mulighet til å kunne samhandle med helsepersonell. Nye, digitaliserte helsetjenester, som e-konsultasjon, utredes og etableres fortløpende. Velferdsteknologi er en stor pågående satsning i kommunal sektor. Begrepet viser til tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren. Norske helsedata, og spesielt data i de nasjonale eller regionale helseregistrene, omtales gjerne som en gullgruve for forskning og medisinsk kvalitetsforbedring. Norge har en rekke helseregistre og andre kilder til forskningsrelevante helseopplysninger. Spesielt utmerker Norge seg med et eget register for kommunale helse- og omsorgstjenester; Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette ble opprettet ved lov i 2016 og fikk forskrift i 2017. Dessverre er forskning mv. bare et sekundærformål med registeret, og pasienter og brukere kan reservere seg mot at data i registeret benyttes til

¹⁸ <https://ehelse.no/Documents/E-helsekunnskap/Rapport%20Nasjonale%20kunnskapsbehov%20p%C3%A5%20e-helseomr%C3%A5det.pdf>

VEDLEGG

forskning, jf. forskrift om Kommunalt pasient- og brukerregister §§ 1-1 og 2-2. Om dette i praksis vil begrense mulighetene til å bruke KPR-data til forskning gjenstår å se.

Norske helsedata har et komplisert regelverk, og forvaltet av mange ulike dataansvarlige som har gitt tungvinte prosesser for å søke om datatilgang gjør det tidkrevende og vanskelig å få tilgang til helsedata. Komplisert tilgang begrenser muligheten for analyse av helsedata for forskere, helsepersonell, myndigheter, virksomheter og næringsliv. I dag brukes det mye tid på innrapportering av helsedata uten at helsepersonell ser umiddelbare gevinster av innrapporteringen i forbindelse med at de yter helsehjelp. Helseregistrene i Norge har blitt utformet over lang tid uten at det har eksistert dekkende nasjonale eller internasjonale standarder, terminologier og kodeverk. Det har heller ikke vært satt krav til standardisering av variabler eller bruk av terminologi og kodeverk for valg av variabler, variabeldefinisjoner og verdier i registrene.

Gjennom det nasjonale Helsedataprogrammet anskaffes nå en helseanalyseplattform som skal gi bedre, raskere, rimeligere og sikrere tilgang til helsedata på tvers av helseregistre og andre relevante datakilder. Plattformen skal gjøre komplette helsedata enkelt tilgjengelig for helseanalyse, styring, administrasjon, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Aktuelle datakilder for plattformen vil være nasjonale helseregistre, medisinske kvalitetsregistre, befolkningsbaserte helseundersøkelser, biobanker og sosioøkonomiske data. Programmet vil også bidra til utprøving og utvikling av ny teknologi innen helseanalyse, slik som kunstig intelligens, maskinlæring, smarte algoritmer og prediktiv analyse.

For å realisere potensialet i e-helse og velferdsteknologi trenger vi kunnskap og bygge kompetanse om hvilken teknologi vi skal bruke og hvordan vi skal bruke den. Innføring av nye teknologiske løsninger vil ofte føre til endringer i arbeidsrutiner, organisering, styring og oppgavefordeling. For å få kunnskap om de organisatoriske og ikke minst (folke)helsemessige effekter av slike endringer må de følges opp gjennom forskning og evalueringer. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet publiserte Direktoratet for e-helse i 2017 en rapport

med anbefalinger for prioriterte kunnskapsbehov på e-helseområdet.¹⁹ Rapporten bygger på innspill fra sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren og forskningssystem.

De prioriterte kunnskapsbehovene er:

- Det er behov for prosjekter som følger moderniseringen av sektorens journalløsninger (EPJ/PAS). Prosjektene må bidra til læring underveis, og på tvers av tiltakene.
- Det er behov for studier som undersøker hvordan innbyggerens roller og relasjoner til egen helse formes i møte med e-helsetiltak i og utenfor det offentlige helsesystemet.
- Det er behov for prosjekter som kan måle ulike effekter av e-helsetiltak; kliniske og helsemessige, pasientopplevde, økonomiske og organisatoriske.

Vedlegg 3: Omtale av Helsedirektoratet – innspill til sluttrapport fra KSF

Ved behov for supplerende eller oppklarende informasjon kan seniorrådgiver Lasse Frantzen (laf@helsedir.no) kontaktes. Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) har anmodet om tekst om Helsedirektoratet til sluttrapport med anbefalinger, som skal leveres HelseOmsorg21-rådet. Det spilles med dette inn følgende omtale av Helsedirektoratet med virkemidler:

Helsedirektoratet

Helsedirektoratets samfunnsoppdrag er knyttet til tre roller:

- Faglig rådgiver på helse- og omsorgsområdet, bl.a. gjennom sammenstilling av kunnskap og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer og opptre nasjonalt normerende, bl.a. gjennom nasjonale retningslinjer og veiledere.
- Iverksetter av vedtatt politikk, slik som handlingsplaner, kampanjer og tilskuddsforvaltning.
- Lovfortolkningsansvar for det meste av helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

I tillegg har Helsedirektoratet et helhetlig ansvar for den nasjonale helseberedskapen.

Tilskuddsmidler til forskning og forsknings- og kompetansesentre

Helsedirektoratet forvalter *ingen* særskilte stimuleringsordninger til forskning.

Finansieringssystemet for forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten er i endring, med overgang til en resultatbasert finansiering av forskning. Dette medfører at forskningsdelen av dagens finansiering av sentrene overføres

fra Helsedirektoratet til Norges forskningsråd. Det er videre innført krav om at de sentrene som driver med forskning fra og med 2018 skal rapportere vitenskapelige publikasjoner til Cristin databasen. Dette er i tråd med etablerte nasjonale rapporteringsrutiner for vitenskapelig publisering.

Helsedirektoratets anvendelse av forskningsbasert kunnskap

Gjennom det normerende arbeidet er Helsedirektoratet bruker av forskningsbasert kunnskap, bl.a. gjennom et samarbeid med Folkehelseinstituttet. Som del av iverksetting av handlingsplaner og faglig utviklingsarbeid er Helsedirektoratet bestiller av følgeforskning, samt evaluerings- og effektstudier.

VEDLEGG

Hesledirektoratets tilskuddsforvaltning

Hesledirektoratet forvalter en rekke tilskuddsordninger. I 2018 (ekskl. endringer som følge av RNB) utgjør forvaltningsporteføljen ca. 16,6 mrd. kr, med følgende tilskuddsordninger over 50 mill. kr (beløp avrundet til hele million):

Refusjonsordning til kommuner for særlig ressurskrevende helse- og sosialtjenester	9.656 mill. kr.
Forsøksordning med statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester	1.274 mill. kr.
Tilskudd til vertskommuner – HVPU reformen	928 mill. kr.
Tilskudd til kommunalt rusarbeid	476 mill. kr.
Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd som forvaltes av fylkesmennene	388 mill. kr.
Tilskudd til styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten	303 mill. kr.
Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens i kommunene	281 mill. kr.
Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud rettet mot personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring	248 mill. kr.
Tilskudd knyttet til mennesker med langvarige og eller sammensatte tjenestebehov	248 mill. kr.
Tilskudd til regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse	178 mill. kr.
Tilskudd til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel	168 mill. kr.
Tilskudd til kommuner for psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	155 mill. kr.
Tilskudd til regionale kompetansesentra rus	130 mill. kr.
Tilskudd til bruker- og pårørendearbeid innen rus- og psykisk helsefeltet	128 mill. kr.
Tilskudd til kommuner – turnusleger	125 mill. kr.
Grunntilskudd til frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tiltak for personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring	120 mill. kr.
Tilskudd til regionale ressursentre om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging	115 mill. kr.
Tilskudd til etablering og drift av regionale odontologiske kompetansesentre	99 mill. kr.
Tilskudd til kommuner for styrking av habilitering og rehabilitering	90 mill. kr.
Tilskudd til Landsbystiftelsen - Camphill	79 mill. kr.
Tilskudd til tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene	71 mill. kr.
Tilskudd knyttet til tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi	65 mill. kr.
Tilskudd til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)	57 mill. kr.
Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger	55 mill. kr.
SUM	15.437 mill. kr.

Vedlegg 4: Eksempel fra Helse Vest RHF

Samansetting av vurderingskomiteane



Komiteane består av til saman 16 personar frå nasjonale eller nordiske institusjonar, dvs. frå institusjonar utanfor regionen

Hovudkomiteen består av ein overordna leiar og leiarane for 3 underkomiteer. Dei 3 underkomiteane skal bestå av fem personar og følgjande bakgrunn skal som hovudregel vere representert:

- kliniske forskingsmiljø
- grunnforskning og/eller translasjonell forskning
- samfunnsmedisin eller helsefag

Leiar i underkomiteane bør ha delteke i komitéarbeidet i minst eitt foregående år.

Alle medlemmer skal ha vesentleg forskingserfaring innan relevant disiplin. Det blir prøvd å få til ei brei fagleg samansetjing av vurderingskomiteane.

På bakgrunn av innkomne søknader kan leiaren i hovudkomiteen, i samråd med sekretariatet, innhente ekspertfråsegn for enkelt søknader dersom det kjem fram openbare manglar i komiteanes faglege samansetting.

Begge kjønn skal vere representerte i komiteane.

Rotasjonsordning

- Alle medlemmer kan rekne med 3 års innsats når dei seier ja til å delta i vurderingskomiteen.
- Hovudregelen er at det skal skiftast ut 4 medlemmer årleg.
- Medlemmer som av ulike grunner må seie nei til å delta før dei tre åra er gått, skal inngå i utskiftingane.
- Hovudkomitéleiar blir valt heilt uavhengig av rotasjonsordninga.
- Oppnemning
- Det regionale samarbeidsorganet gjer den formelle oppnemninga av vurderingskomiteane.

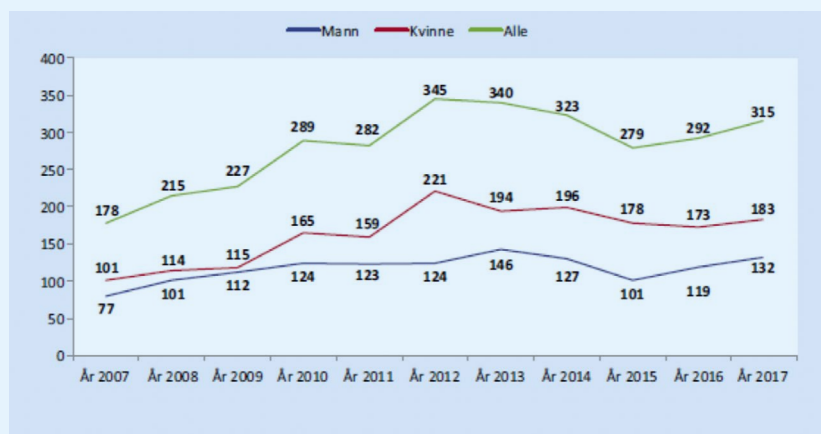
VEDLEGG

Det er et rikt statistikkmateriale og mye informasjon tilgjengelig om hvilke prosjekt som har fått tildeling i perioden gjennom eRapport²⁰, og statistikk som følge av tildelingene. Dette oppsummeres i den årlige rapporten : «Forskning og innovasjon til pasientens beste». Her kan en for 2017 lese at: «Kreftforskning er det området hvor helseforetakene bruker mest forskningsmidler. Hjerteforskning følger på plassen etter. Brukermedvirkningen i forskning er nesten tredoblet i løpet av de siste tre årene.». Rapporten gir også en oppsummering av nasjonale nøkkeltall for forskning i sykehusene:

«Antall unike publikasjoner øker fortsatt, og det totale antallet er nå over 4 000, som er dobbelt så mye som i 2006. Antall avlagte doktorgrader øker også, og over 300 doktorgrader ble avlagt i 2017. Det er flest kvinner som disputerer. Tallene for antall publiserende forskere har fram til nå vist at menn publiserer mest, men for 2017 er kvinneandelen 50,1 prosent, og det kan se ut som vi har kommet til et krysningspunkt.»

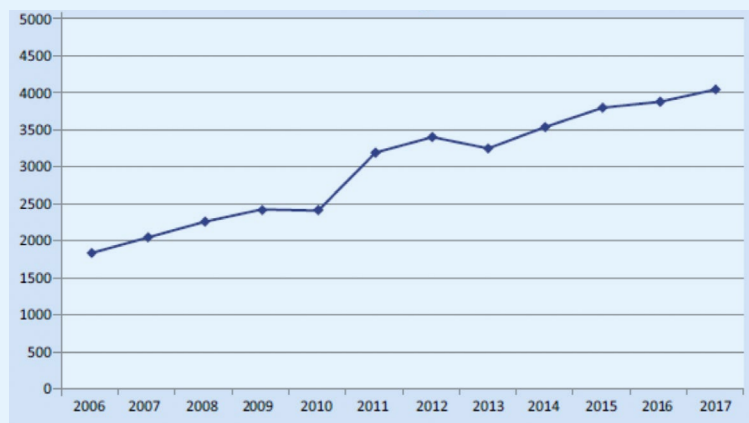
Vedlegg 5: Avlagte doktorgrader knyttet til spesialisthelsetjenesten og antall vitenskapelige artikler, 2006 – 2017

Avlagte doktorgrader 2007-2017. totalt og fordelt på kjønn



Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017. Landets regionale helseforetak: 2018

Antall unike publiserte artikler - totalt for alle helseregioner



Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017. Landets regionale helseforetak: 2018

Kontakt

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), ved sekretariatet:
postmottak@ks.no